

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Promoção da Participação Ativa do Pai durante o Trabalho de Parto

Luísa Maria Amorim Frutuoso



Viana do Castelo, setembro de 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Promoção da Participação Ativa do Pai durante o Trabalho de Parto

Relatório apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao abrigo do Despacho N.º 345/2012 do DR, 2.ª série N.º 8 de 11 de janeiro de 2012.

Luísa Maria Amorim Frutuoso

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre
Especialista na Área Científica de Enfermagem,
Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Coorientadora: Sandrina Lopes Alves
Mestre em Ciências da Educação,
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



Viana do Castelo, setembro de 2014

Frutuoso, L. M. A. (2014) - *Relatório de Estágio de Natureza Profissional: Promoção da Participação Ativa do Pai durante o Trabalho de Parto*. Viana do Castelo: Relatório final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PATERNIDADE; TRABALHO DE PARTO; RELAÇÕES PAI-FILHO.

À minha mãe, por estar sempre aqui.

À Olga, por me dar incentivo.

Ao Carlos, por me aguentar.

Aos meus amigos, pela paciência por tantos “não posso”.

Agradecimentos

À orientadora Professora Augusta Torre Delgado e coorientadora Enfermeira Sandrina Lopes Alves pelo apoio, preocupação, exigência, disponibilidade e incentivo ao longo de todo o processo.

Às tutoras Enfermeiras Marta e Genira pelo apoio, dedicação e profissionalismo e à restante equipa do serviço de Obstetrícia pela integração e disponibilidade durante o Estágio de Natureza Profissional.

A todos os pais e casais que aceitaram participar e assim permitiram realizar o meu investimento pessoal no envolvimento do pai durante o Trabalho de Parto.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I - DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS À ESPECIALIZAÇÃO.....	25
1. DA TEORIA DE ENFERMAGEM À PRÁTICA DE CUIDADOS	29
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	33
3. NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO.....	35
PARTE II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	39
1. CUIDAR DA PARTURIENTE/PAI/RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO	41
2. PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PAI NO APOIO À PARTURIENTE E NA INTERAÇÃO COM O RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO	55
2.1. Enquadramento teórico.....	55
2.1.1. Transição para a Parentalidade.....	55
2.1.2. Transição para a Paternidade.....	57
2.1.3. A participação do pai no Bloco de Partos	60
2.1.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o recém-nascido.....	65
2.2. Metodologia	70
2.2.1. Objetivos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia	70
2.2.2. Plano de intervenção	70
2.3. Apresentação, análise e discussão dos resultados	75
2.4. Conclusões e recomendações.....	93
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	97

CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXO	XXI
APÊNDICES.....	XXV

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A - Autorização da Comissão de Ética do ULSAM para a realização da intervenção	XXIII
APÊNDICE A - Consentimento Informado	XXVII
APÊNDICE B - Grelha de Observação das medidas de participação do pai participante no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP	XXXI
APÊNDICE C - Guião da Entrevista Semiestruturada	XXXV
APÊNDICE D - Grelha de conhecimento do pai participante relativo às medidas de apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP	XXXIX
APÊNDICE E – Quadro Matriz de redução de dados	XLIII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Caracterização sociodemográfica dos pais participantes.....	75
Quadro nº 2 - Momentos de envolvimento dos pais participantes durante a gravidez....	76
Quadro nº 3 - Conhecimento dos pais participantes relativo às medidas de apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP	77
Quadro nº 4 - Tipo de pai expectante consoante a participação durante o TP.....	80
Quadro nº 5 - Medidas observadas na participação dos pais participantes no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP	81
Quadro nº 6 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos pais participantes	85
Quadro nº 7 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Vivência do pai como acompanhante durante o TP	XLV
Quadro nº 8 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Momentos mais relevantes para o pai	XLVII
Quadro nº 9 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Percepção do pai sobre as práticas do EESMO	XLVIII

RESUMO

Introdução: A Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia exige ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia agir uma intervenção especializada, autônoma, independente e/ou interdependente, bem como o domínio de competências técnico-científicas, crítico-reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas. O Estágio de Natureza Profissional permitiu desenvolvê-las e aprofundar conhecimentos sobre a participação do pai durante o Trabalho de Parto.

Objetivos: Desenvolver competências na prestação de cuidados à parturiente/pai/recém-nascido durante o Trabalho de Parto, efetuando o parto num ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina; Promover a participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o recém-nascido durante o Trabalho de Parto.

Metodologia: A prestação de cuidados à parturiente/pai/recém-nascido durante o Trabalho de Parto e intervenção na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e interação com o recém-nascido teve como pressuposto a teoria de relações interpessoais de Peplau e a das transições de Meleis. Os nove pais participantes foram selecionados através de um método de amostragem não probabilístico e critérios de inclusão. A intervenção junto do pai iniciou-se na admissão com uma entrevista para identificar conhecimentos acerca das suas medidas de participação no apoio à parturiente e interação com o recém-nascido, seguida da observação dessas medidas adotadas pelo pai participante e por último, uma entrevista semiestruturada para compreender a vivência do pai e a percepção deste sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Resultados: Prestados cuidados especializados a 85 parturientes de baixo risco e 38 de risco, 87 puérperas/família, 73 recém-nascidos e três de risco, realizadas 110 consultas de enfermagem e 54 partos eutócicos. Da intervenção junto do pai resultaram: sete pais-expectantes do tipo expressivo e dois instrumentais; maior necessidade de formação e incentivo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia nas medidas de conforto e interação com o recém-nascido; totalidade da participação com iniciativa no apoio emocional à parturiente; vivências positivas; nascimento como momento mais marcante e valorização das competências sociorelacionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Conclusões: Os cuidados especializados à parturiente/pai/recém-nascido/família durante o Trabalho de Parto exigiram a aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e quando se promoveu o envolvimento do pai ocorria uma participação mais ativa deste durante o Trabalho de Parto.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Paternidade; Trabalho de parto; Relações Pai-filho.

ABSTRACT

Introduction: The Maternal Health Nursing and Midwifery requires the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics one specialized, autonomous, independent and/or interdependent intervention, like the control of possess technical and scientific skills, critical-reflexive, relational, communicative, family social and ethical-deontological capabilities. This internship of a professional nature allowed developing and deepening knowledge on the father's participation/role during labor.

Objectives: Develop care taking to the mother/father/newborn during labor, affecting the delivery in a way to insure a secure environment and optimizing the health of mother and newborn in its adaptation to life extra womb; Promote the active participation of the father in supporting the mother and in interaction with the newborn during labor.

Methodology: The provision of care to the mother/father/newborn during labour and intervention in promoting active participation of the father in supporting the mother and newborn interaction was the assumption of Peplau interpersonal relationship theory and the transition theory of Meleis. The nine parent's participants were selected through a non-probabilistic sampling method and criteria for inclusion. The intervention by the father began on admission with an interview to identify the basic knowledge on procedures to participate in supporting the mother and how to interact with the newborn, followed by the observation that those procedures are carried out by the father and finally, a semi-structured interview to understand the father's experience and the lack of intervention of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics.

Results: Provided specialist care to low-risk women 85 and 38, 87 risk recent mothers/family, 73 newborns and three of risk, carried out 110 nursing consultations and 54 normal deliveries. The intervention with the father resulted in: seven expectant fathers expressive type and two instrumentals; acknowledging greater need for training and encouragement from the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics in dealing procedures of comfort and interaction with the newborn; full participation with emotional support initiative to the parturient; positive experience; birth as the most striking moment and valorization on relational competences in the role of a Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics.

Conclusions: The specialist care to the mother/father/newborn/family during labor required the acquisition of jurisdiction by the Portuguese order of Nurses by the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics promoting the involvement of father was more of assuring/requesting an active participation during labor.

Keywords: Obstetric nursing; Fatherhood; Labor; Parent-child relationships.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

AM – Aleitamento Materno;

APA - *American Pshychological Association*;

CEE – Comissão de Enfermeiros Especialistas;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;

CS – Centro de Saúde;

CTG – Cardiotocografia;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

DL – Decreto-lei;

DR – Diário da República;

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia;

ENP – Estágio de Natureza Profissional;

EPS – Educação para a Saúde;

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia;

FCF – Frequência Cardíaca Fetal;

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;

LA – Líquido amniótico;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

REM – Rotura Espontânea de Membranas;

RN – Recém-Nascido;

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem;

TA – Tensão Arterial;

TP – Trabalho de Parto;

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto-Minho.

INTRODUÇÃO

Face à especificidade e abrangência dos cuidados inerentes ao desempenho do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), revela-se necessário a regulamentação das suas competências, com vista a um discernimento e intervenção autónoma independente e/ou interdependente consoante o tipo de risco materno-fetal e os processos patológicos e disfuncionais do ciclo de vida da mulher (Brandão, 2009).

No sentido da especialização profissional a competência é objetivamente uma exigência necessária para saber e poder agir num contexto específico, nomeadamente na área da Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), sendo legislada pelo regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE). É necessário também, investir na formação contínua, desenvolver capacidades técnicas, de pensamento crítico e adquirir uma postura de proatividade, assertividade, respeito e empenho.

Perante as opções metodológicas, decidiu-se enveredar pelo Estágio de Natureza Profissional (ENP), tendo este decorrido no período de 20 de maio a 15 de dezembro de 2013 no Bloco de Partos da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho (ULSAM), por concentrar várias competências fundamentais na vigilância, planeamento, intervenção e interdependência dos cuidados a prestar à parturiente/pai/família durante o Trabalho de Parto (TP), no sentido de efetuar o parto num ambiente seguro e otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extra-uterina.

O ENP pretende a transição identitária profissional e pessoal do enfermeiro, em contexto real na área da SMO nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação. Depreende o desenvolvimento e aprimoramento das competências definidas pela OE e das alcançadas no Curso de Especialização (Decreto-Lei (DL) n.º 74/2006 de 24 de março alterado pelo DL n.º 107/2008 de 25 de junho), das exigências da Diretiva n.º 80/155/Comissão Enfermeiros Especialistas (CEE) de 21 de janeiro alterada pela Diretiva n.º 89/594/CEE de 30 de outubro, transpostas para o ordenamento jurídico interno pelo DL n.º 322/87 de 28 de agosto e pelo DL n.º 157/92 de 4 de fevereiro, veiculando a prática assistencial sustentada em referenciais teóricos de enfermagem e da OE.

Por outro lado, espera-se desenvolver um plano de intervenção para favorecer a participação do pai durante o TP, dado que os ingredientes da parentalidade têm mudado ao longo da história da humanidade, nomeadamente através de uma construção progressiva dependente de fatores sociais, económicos, culturais, familiares, biológicos e individuais (Balacho, 2004).

Estas mudanças condicionam a vivência do homem e da mulher na gravidez, nascimento e na relação com os filhos e salientam a abrangência, complexidade e plasticidade do conceito de transição para a parentalidade. Retratam, ainda, uma transição desenvolvimental que segundo a teoria das transições de Meleis (2010) se caracteriza pela sua irreversibilidade e constante mutação.

Os pais tornaram-se mais participativos, mesmo sabendo que a maioria das famílias se enquadra no modelo tradicional (Gomez, 2005). Tornou-se uma figura importante, durante o planejamento e acompanhamento da gravidez, nascimento e na relação com os filhos, elaborando de outra forma a representação mental do bebê. A falta de conhecimentos do pai sobre que papel adotar, do que se espera que ele saiba ou sinta, bem como dos profissionais de saúde acerca de como envolvê-lo nos cuidados, causa muitas vezes, uma ansiedade crescente no pai que acaba por refletir-se na parturiente (Felizardo, Amaro, Evangelista, Matos & Duarte, 2010).

De acordo com estes pressupostos pretende-se atingir os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências técnico-científicas, crítico-reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas na prestação de cuidados especializados na área da SMO à parturiente/pai/RN/família durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extra-uterina;
- Promover a participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

Face aos objetivos delineados, à aquisição de competências e capacidades e à valorização das relações interpessoais, a prática de cuidados do EESMO à parturiente/pai/RN durante o ENP foi sustentada na teoria das relações interpessoais de Peplau. Esta teoria enfatiza o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos e deixa de centrar e orientar os cuidados de enfermagem na doença. Debruçou-se na oportunidade de capacitar o indivíduo a experimentar os seus sentimentos e de explorar com ele estratégias para lidar com os mesmos ao longo da relação estabelecida com a enfermeira (Peplau, 1990; Alligood & Tomey, 2003). A prática do EESMO, também, se sustenta na teoria das transições de Meleis por o TP traduzir-se num dos períodos de transição desenvolvimental por parte da parturiente/pai.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte realiza-se inicialmente uma abordagem à prática do EESMO sustentada na teoria das relações interpessoais de Peplau e na teoria das transições de Meleis, seguida da caracterização do contexto do ENP. Na segunda parte procede-se à análise da atividade de prestação de cuidados do EESMO à parturiente/pai/RN durante as diferentes fases do TP, ao enquadramento teórico e metodologia da intervenção junto do pai, à apresentação, análise e discussão dos resultados, assim como as competências desenvolvidas durante o ENP e conclusões.

Parte I

DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS À ESPECIALIZAÇÃO

A crescente complexidade na área da Saúde Materna e Obstetrícia contribuiu para a necessidade de processos de mudança. O EESMO deve possuir competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas para assistir a gravidez de baixo risco, identificar situações de maior risco e proceder ao seu encaminhamento/acompanhamento em articulação com a equipa multidisciplinar, aconselhar em matéria de planeamento familiar e pré-conceção, preparar para a parentalidade, assistir a evolução do TP, executar o parto eutócico e cuidar a parturiente/RN no pós-parto.

A parturiente/pai/RN como beneficiários dos cuidados especializados prestados pelo EESMO necessitam de usufruir do respeito pela sua perspetiva individual e na inter-relação com os conviventes significativos no ambiente sociofamiliar em que vivem e se desenvolvem. Por outro lado, o EESMO deve possuir competências sustentadas nas teorias de enfermagem para orientar o exercício profissional especializado e ter em conta as características dos contextos clínicos da prática de cuidados para fomentar a qualidade dos cuidados prestados.

Esta parte do relatório inicia-se com o enquadramento teórico de Enfermagem que sustentou as práticas do EESMO durante o ENP, incluindo a caracterização do contexto de práticas do ENP, e por último a descrição das necessidades e possibilidades de intervenção durante o ENP, tendo por base os objetivos delineados.

1. DA TEORIA DE ENFERMAGEM À PRÁTICA DE CUIDADOS

A prática de cuidados e processo de Enfermagem deve estar sustentada na teoria já que segundo Alligood e Tomey (2003, p. 19) “(...) a teoria de enfermagem é uma ferramenta útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na prática de enfermagem.” E à medida que vão sendo gerados novos conhecimentos, surge a necessidade de adaptar e modificar as práticas de cuidados para favorecer a evolução do exercício de enfermagem.

A teoria de enfermagem que se determinou para orientar a prática de cuidados, assim como para desenvolver competências na assistência de cuidados especializados e na participação ativa do pai, foi a teoria das relações interpessoais de Peplau. Esta teoria habitualmente aplicada a indivíduos que atravessam um processo de doença pode ser adaptada a indivíduos saudáveis que necessitem de ajuda na resolução de um problema/situação nova, como a transição para a parentalidade e/ou adaptação a um novo membro, dado que se caracteriza pela valorização das relações interpessoais e pela ajuda na aquisição de competências e capacidades através de um processo de autocompreensão das pessoas envolvidas.

Na área da Saúde Materna e Obstetrícia valoriza-se a relação entre o EESMO e a parturiente/pai para promover e capacitar a sua participação e resposta às expectativas pessoais, procedendo oportunamente ao envolvimento e promoção da participação ativa de outros familiares ou pessoas significativas para a parturiente em função dos seus desejos/expectativas e necessidades.

A teoria das relações interpessoais define-se como uma teoria de médio alcance para a interação na prática de enfermagem. Surge através de um modelo de enfermagem psicodinâmico, que segundo Peplau (1952, citado por Howk, 2003, p. 426) consiste em ser “capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência.” Ao conceptualizar o indivíduo como parceiro no processo de Enfermagem e não como objeto da ação, favorece o processo terapêutico, a aprendizagem, o amadurecimento e o crescimento dos envolvidos.

Por conseguinte, o EESMO adotando esta teoria na sua intervenção junto da parturiente/pai e ao considerar cada indivíduo como ser único, determina a criação de um processo interpessoal autónomo, consciente e informado, favorecendo a vivência do nascimento de um filho e do estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória. Peplau descreve quatro fases na

relação enfermeira-indivíduo (Belcher & Fish, 2000), que se podem articular com a prática de cuidados do EESMO durante o TP e são:

- Orientação – O indivíduo possui necessidades e procura a ajuda profissional, que tenta compreender o seu problema e determinar a necessidade de ajuda. Existe uma vasta e diversificada forma da parturiente/pai obterem informação para colmatar as suas necessidades relativas ao TP. Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) presentes em alguns Centros de Saúde (CS), assim como outras estratégias de preparação para o TP dirigidas pelo EESMO, são fundamentais para fornecerem a orientação adequada. O EESMO deve ser capaz de identificar necessidades/problemas e diagnósticos suscetíveis de cuidados especializados autónomos e interdisciplinares, ao mesmo tempo em que mobiliza conhecimentos teóricos e científicos adequados a cada situação;
- Identificação – O indivíduo identifica-se com o enfermeiro, o que favorece por parte deste a exploração de sentimentos por forma a ultrapassar a situação e fornecer a satisfação e ajuda necessária. O EESMO deve possuir capacidades relacionais, comunicacionais, técnico-científicas, socioculturais e ético-legais que favoreçam o estabelecimento de uma relação de confiança com a parturiente/pai, tornando satisfatória a relação terapêutica e a prestação de cuidados especializados;
- Exploração – Fase em que o indivíduo e o enfermeiro extraem os aspetos positivos da relação e pode ser concedido mais poder ao indivíduo na projeção de novos objetivos e/ou na resolução dos atuais. O EESMO deve implementar, em parceria com a parturiente/pai intervenções apropriadas para promover o autocuidado, o autocontrolo, a transição para a parentalidade e a participação ativa do pai durante o TP, com o objetivo de vivenciarem de forma única um momento tão pessoal e marcante, como pode ser o nascimento de um filho;
- Resolução - O indivíduo preenche as suas necessidades, liberta-se da identificação com o enfermeiro e adota novos objetivos. Esta fase só ocorre com o sucesso das outras fases. Cada estágio do TP origina diferentes fenómenos fisiológicos que propiciam diferentes vivências, necessidades, comportamentos e atitudes por parte da parturiente/pai, sendo um processo sequencial que culmina com o nascimento do RN e implica a adoção de papéis, capacidades e competências adequadas a cada etapa. O EESMO deve fornecer ao longo do TP informação clara e adequada que permita que as parturientes/pais sejam capazes de ultrapassar de forma satisfatória cada estágio e

centralizarem-se no seguinte. Com o nascimento tendem a assumir estados de menor stress comparativamente ao TP, o que facilita a verbalização das suas necessidades/problemas.

Durante a relação entre enfermeiro-indivíduo Peplau (1990; Howk, 2003) descreve que o enfermeiro pode assumir seis papéis: estranho (como são desconhecidos, estabelece uma relação cordial, de aceitação e sem pré-julgamentos); recurso (fornece respostas específicas às questões colocadas, que auxiliam a compreensão de um problema/situação nova); professor (transmite conhecimentos relativos a uma necessidade, interesse ou de acordo com as capacidades do indivíduo); líder (realiza o processo de iniciação e de manutenção das metas através da cooperação e participação ativa); substituto (define áreas de dependência, independência e interdependência com o indivíduo) e conselheiro (usa as habilidades e atitudes para ajudar o indivíduo a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver os problemas que interferem na sua capacidade de viver feliz).

O EESMO adequando estes papéis à sua prática de cuidados e ao realizar a sua apresentação como enfermeiro de referência no primeiro contacto com a parturiente/pai, deixa de ser um estranho e passa a ser quer um recurso para a satisfação de necessidades, quer um professor ao transmitir informação ao longo dos diferentes estádios do TP. Assume um papel de líder para orientar e fomentar a participação ativa da parturiente/pai, e de substituto, de acordo com o grau de dependência, conhecimento e atitude/comportamento ou momentos de bloqueio destes. Pode, ainda, adotar o papel de conselheiro, através de reforços positivos e empoderamento dos intervenientes para ultrapassarem os obstáculos.

Considera-se essencial a compreensão do significado da experiência para a parturiente/pai para que concretizem o seu projeto de saúde (TP/nascimento de um filho) de forma satisfatória com as suas expectativas e para que o EESMO assente os pressupostos do seu paradigma de cuidar como força educadora, terapêutica e de amadurecimento com vista à procura permanente da qualidade na prática de cuidados. Neste fenómeno de autonomização progressiva a parturiente/pai e o EESMO colaboram e compartilham as metas comuns até à resolução do problema.

Para orientar esta prática de cuidados teve-se ainda por base a teoria das transições de Meleis (que será desenvolvida na segunda parte do relatório), por permitir uma visão mais aprofundada sobre as transições que o processo de nascimento desencadeia na parturiente/pai.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP decorreu em contexto de práticas de cuidados hospitalares, no Serviço de Obstetrícia – Bloco de Partos da ULSAM, pertencente ao Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Esta unidade hospitalar resultou da integração do Centro Hospitalar do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial, e dos CS do distrito de Viana do Castelo, por de forma a obter maiores ganhos em saúde e a melhoria da acessibilidade para a população residente. Considera-se uma unidade de apoio perinatal, que responde a muitas situações de médio risco.

A visão do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia foca-se no atendimento em tempo útil das necessidades da população-alvo da ULSAM, dentro das competências e abrangência do campo de atuação do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, garantindo uma imagem de credibilidade, qualidade e segurança, quer junto dos profissionais da ULSAM, quer junto da população que serve. Pretende também, perseguir uma perspetiva integrada da prestação de cuidados com base na qualidade da assistência prestada às utentes e na excelência da gestão clínica, apoiada no sistema de gestão de qualidade da instituição, numa lógica de transparência e responsabilização.

A missão do Serviço de Obstetrícia prende-se com garantir a qualidade na vigilância partilhada da grávida, do RN e lactente, e prestar cuidados de saúde eficientes, seguros e apropriados à criança, adolescente e jovem, através de uma equipa de profissionais qualificados, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, a custos socialmente comportáveis.

No final do mês de abril de 2012, foi autorizada a deslocação das consultas do grupo de obstetrícia, nomeadamente Obstetrícia, Diagnóstico Pré-Natal, Reavaliação do Risco Obstétrico e controle ecográfico para o piso cinco (Serviço de Obstetrícia). Estas deslocações permitiram melhorar a acessibilidade das grávidas à área das consultas externas, proporcionando melhores condições no atendimento assistencial e consequente descongestionamento da área das consultas externas do piso dois.

Em termos de estrutura física, o Serviço de Obstetrícia encontra-se organizado por: Internamento de Grávidas com patologia (nove camas situadas na ala de Ginecologia); Bloco de Partos (cinco unidades individualizadas); Sala de reanimação do RN (uma sala); Internamento de puérperas (15 camas); Berçário (15 camas); Serviço de Urgência Ginecológico-Obstétrica (duas salas).

A equipa de Obstetrícia constituiu-se por 39 enfermeiros, dos quais 26 são EESMO, por 19 médicos (Ginecologistas/Obstetras e Pediatras) e cinco médicos internos, 15 assistentes operacionais e uma administrativa, uma assistente social e uma gestora de departamento. Contam também, com o apoio durante 24 horas de um Anestesista (Bloco operatório), que realiza a analgesia epidural e de um Pediatra (Serviço de Neonatologia) contactável via telefone. Utiliza-se uma metodologia individual de trabalho, alicerçada no trabalho de equipa multidisciplinar, de interajuda e apoio. A equipa constituiu-se por elementos jovens e investe em formação quer através de ações de formação no serviço/instituição, quer através de formação individual contínua, com vista ao aperfeiçoamento e atualização das práticas clínicas.

A equipa de enfermagem tem autonomia para assistir, vigiar, avaliar e gerir situações de baixo risco, empreender as atitudes terapêuticas necessárias e oportunas para assegurar o bem-estar materno-fetal e favorecer o acompanhamento do pai na promoção da vinculação precoce da tríade. A metodologia científica de trabalho leva-se a termo desde a colheita de dados e, inicia-se na admissão com uma análise da situação e necessidades. Posteriormente são delineados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções, que são continuamente avaliadas e adaptadas às necessidades da parturiente/pai/RN. Os registos são efetuados informaticamente através da aplicação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Integrado no Serviço de Obstetrícia, o Bloco de Partos integrado no situa-se na ala sul do piso cinco, está integrado no Departamento de Saúde da Mulher e da Criança e articula-se com o Internamento de Obstetrícia, com o Bloco Operatório, com o Serviço de Neonatologia, Consulta Externa e CS. As parturientes admitidas no Bloco de Partos provêm do Serviço de Urgência Ginecológico-Obstétrica ou do Internamento de Grávidas. Os cuidados de enfermagem são assegurados por duas enfermeiras especialistas, em todos os turnos.

A nível estrutural, o Bloco de Partos possui: uma sala de trabalho da equipa de enfermagem; uma sala de armazenamento de bens individuais da parturiente/pai e onde os acompanhantes se equipam; uma casa de banho para as parturientes, outra para os acompanhantes e outra para os profissionais; cinco salas de parto (uma com casa de banho); uma sala de reanimação do RN; uma sala de relaxamento; uma sala utilizada por alguns anestesistas para a realização da analgesia epidural; duas salas de material de *stock* e três salas de apoio à manutenção do Bloco de Partos. O carro de emergência encontra-se no corredor para facilitar o acesso a todas as unidades.

3. NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Para garantir a eficácia da intervenção do EESMO revela-se necessário, fundamentalmente de um conhecimento efetivo, profundo e sensível do contexto, dos atores e das práticas. Desta forma, considera-se pertinente realizar o diagnóstico de situação analisando as necessidades pessoais, profissionais e institucionais, centradas nos cuidados à parturiente/pai/RN. Para tal, as estratégias utilizadas foram: observação-participada; entrevistas informais à equipa/parturiente/pai; consulta de projetos, protocolos, normas, plano de atividades e de Formação de 2013 do Serviço de Obstetrícia; orientações da OE; princípios orientadores do ENP e reflexões pessoais.

Necessidades da parturiente/pai/RN:

- Acesso a cuidados especializados durante os quatro estádios do TP por profissionais com competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas;
- Acesso a informação e orientação que se adapte às expectativas individuais e sociofamiliares, e que permitam a promoção da autodeterminação, autocuidado, autocontrolo, exercício da parentalidade e prestação de cuidados ao RN;
- Envolvimento e valorização do papel ativo do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

Necessidades da equipa:

- Reestruturação física do Bloco de Partos;
- Reformulação/Atualização de alguns protocolos já existentes;
- Formação no Suporte Avançado de Vida neonatal e emergências obstétricas;
- Revisão de atitudes para utilização da eletrocardiografia fetal, nomeadamente a colocação de elétrodo fetais internos;
- Prevenção da contaminação na colheita de sangue e tecido para criopreservação de células estaminais;
- Melhoria do Sistema de Registos de Informação em Enfermagem, nomeadamente: no registo informatizado do risco obstétrico; no SAPE para adequar o padrão de documentação aos cuidados obstétricos; e na implementação do Sistema de Classificação de Doentes por níveis de dependência;

- Maximização do recurso a práticas e técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e promotoras do conforto e relaxamento, nomeadamente a bola de pilates e musicoterapia;
- Manutenção do Grau de Satisfação das Utentes internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia;
- Extensão do CPPP em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) para as grávidas de risco e familiares e no período pós-parto;
- Prosseguimento das comemorações da semana mundial do Aleitamento Materno (AM) e do dia internacional da mulher,
- Manutenção das iniciativas no âmbito do Projeto Nascer Minhoto, nomeadamente na atividade “Conversa com as Grávidas”, realizada mensalmente.

Necessidades pessoais:

- Desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas para a prestação de cuidados à parturiente/pai/RN durante o TP;
- Desenvolvimento da criatividade, das capacidades de iniciativa, de tomada de decisão e de definição de prioridades para alcançar cuidados especializados de enfermagem autónomos e interdisciplinares;
- Mobilização e integração de referenciais teóricos, de forma a contribuir para a manutenção do pensamento crítico-reflexivo durante a prática de cuidados;
- Aquisição de um maior número de experiências enriquecedoras e dar cumprimento aos números mínimos de práticas exigidas pela normativa da comunidade europeia no que diz respeito ao desenvolvimento de competências para o exercício profissional do EESMO.

Uma vez realizada a análise de situação referente às necessidades da parturiente/pai/RN, da equipa do Serviço de Obstetrícia do ULSAM e pessoais, define-se um plano de ação prioritário e exequível, tendo em conta os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências ao nível da prestação de cuidados à parturiente durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra-uterina - tendo por base as Competências Específicas do EESMO e Ginecologia (Regulamento nº 127/2011, publicado em Diário da República (DR), 2.ª série — N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, pela OE) e os requisitos previstos na Diretiva no que concerne à formação de “Parteira” pela

Comunidade Europeia (Diretiva nº 80/155/CEE de 21 de janeiro, alterada pela Diretiva nº 89/594/CEE de 30 de outubro, alterada ainda pela Diretiva Lei nº 9/2009 de 4 de março);

- Desenvolver competências na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

A mudança/ inovação das práticas clínicas e a qualidade das mesmas, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional vêm-se favorecidos com o propósito destes objetivos gerais. Considera-se fundamental para a qualidade das práticas de cuidados especializados, atender não só aos domínios preconizados pela OE, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão da qualidade e dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como também à capacidade de análise crítico-reflexiva, de tomada de decisão, de monitorização e avaliação dos cuidados especializados.

O nascimento de um filho aciona um processo irreversível de transição desenvolvimental, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. Neste sentido, e tendo em consideração os pressupostos da teoria das relações interpessoais de Peplau e das transições de Meleis, assim como e os objetivos gerais, que se abordarão mais profundamente na segunda parte do relatório, constituíram-se as atividades desenvolvidas neste ENP, que são:

- Cuidar da parturiente/pai/RN durante o TP no Bloco de Partos;
- Promover a participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

Parte II

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

1. CUIDAR DA PARTURIENTE/PAI/RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A prestação de cuidados à parturiente/pai/RN durante os estádios do TP no Bloco de Partos constitui-se um espaço-tempo de excelência para o exercício profissional. Em função do objetivo geral delineado anteriormente e, tendo em conta os três domínios de competência propostos pela OE (Regulamento nº 127/2011, publicado em DR, 2.ª série — N.º 35 de 18 fevereiro de 2011), traçaram-se para esta atividade os seguintes objetivos específicos:

- Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pela parturiente/pai, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Garantir um ambiente seguro durante o TP;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto, bem-estar da parturiente/pai;
- Conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente/pai durante o TP;
- Implementar e cooperar com outros profissionais em medidas de prevenção e controlo da dor;
- Identificar e monitorizar o TP;
- Identificar e monitorizar o risco materno-fetal, desvios ao padrão normal de evolução do TP e referenciar as situações que estão para além da área de atuação do EESMO;
- Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da parturiente e do feto;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP e cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto;
- Aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e, em caso de urgência, na apresentação pélvica;
- Assegurar a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina;

- Identificar alterações morfológicas e funcionais do RN e referenciar as que estão para além da área de atuação do EESMO, cooperando com outros profissionais nos cuidados a prestar ao RN;
- Assegurar a reanimação do RN em situação de emergência;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação precoce ao RN;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando, em caso de urgência, extração manual e revisão uterina;
- Avaliar e determinar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EESMO;
- Assumir a decisão de transferir a puérpera para o serviço de internamento de puerpério assegurando medidas que visem a continuidade de cuidados.

A singularidade de cada mulher justifica a necessidade da individualização dos cuidados, planeados e sistemáticos de Enfermagem. Os cuidados de enfermagem prestados centraram-se no apoio à parturiente/pai/RN, e tiveram como pressuposto um processo cíclico de planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do TP, garantindo o bem-estar materno-fetal e do RN, e promovendo o envolvimento e participação ativa do pai.

O TP representa uma mudança na vida familiar, o final da gravidez e o início da vida extra-uterina para o RN. Ao longo da gravidez a mulher adapta-se fisiologicamente para o parto e maternidade, ao mesmo tempo, que o feto cresce e se desenvolve preparando-se para a vida extra-uterina (Lowdermilk & Perry, 2008).

A gravidez prepara a mulher para a etapa maturacional que exige o papel maternal. Este processo dá-se no seio de um ambiente cultural, influenciado pelas novas tendências sociofamiliares e, cada vez mais, por um crescente envolvimento dos pais na planificação do parto. Atualmente, há uma enorme quantidade de informação acessível, assim como CPPP nos CS e/ou outros cursos, troca de informações com outras grávidas/mães ou a sua própria experiência pessoal, fatores que culminam na criação de um plano de parto formal/informal mais ou menos imaginário/objetivo, que orienta as expectativas dos pais nesta etapa.

Foi no primeiro contacto do EESMO com a parturiente/pai, que se estabeleceu a primeira relação terapêutica baseada na confiança/empatia e se delinearão as práticas de cuidados tendo como guia orientador, sempre que possível, o plano de parto estabelecido pela parturiente/pai. O EESMO apresentava-se pelo nome, referenciando que ia estar envolvido nos cuidados e apresentava a equipa, aspetos organizacionais, estrutura física, protocolos e políticas existentes, nomeadamente a Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés (IHAB). Durante o acolhimento no Bloco de Partos, as parturientes/pais eram chamados pelo nome que desejavam e o EESMO mostrava disponibilidade e preocupação para encorajar a verbalização de questões, preocupações e expectativas.

Não obstante, revelou-se importante numa etapa prévia informar a parturiente/pai das possibilidades de intervenção, para evitar que fossem surpreendidos ou se encontrassem perante uma situação em que se sentissem obrigados a realizar algo para o qual não estavam sensibilizados e/ou preparados, tendo sido salvaguardada a privacidade em todos os procedimentos. A par disso, e sempre que oportuno, o EESMO orientou a parturiente/pai consoante as suas necessidades de ajuda, favorecendo a identificação com o profissional que lhe prestava cuidados e incrementando a exploração e resolução das suas necessidades, bem como a criação de novos objetivos durante o TP, de acordo com os pressupostos da teoria das relações interpessoais de Peplau.

Durante o ENP, nenhuma das parturientes/pais apresentou um plano de parto formalmente redigido, mas todas revelaram desejos/expectativas de como gostariam que se agisse relativamente a determinados procedimentos/atitude e/ou condutas mais ou menos intervencionistas. Deste modo, sempre que a situação clínica atual e passada, o bem-estar materno-fetal e o desenvolvimento do TP permitiam, o plano de cuidados durante o TP correspondia ao plano de parto estabelecido, tendo sido transmitidas informações acerca das opções possíveis disponíveis, considerando sempre o desejo e necessidades da parturiente/pai e o risco clínico associado a cada situação.

A consulta do Boletim de Saúde Materna associada à realização/consulta da avaliação inicial permitiu completar a história de Enfermagem e adquirir dados relativos à gravidez atual, história obstétrica e ginecológica, antecedentes pessoais e familiares, experiências e características de outros partos anteriores e recursos/apoio económico e sociofamiliar que podiam afetar o TP ou que podiam ver-se afetados por este.

Se o primeiro contacto com a parturiente/pai se estabelecia numa fase mais adiantada do TP, utilizou-se como estratégia a consulta do Boletim de Saúde Materna para a recolha dos dados

essenciais. Numa fase posterior eram exploradas as suas expectativas, vivências e experiências anteriores relativas ao TP, e recolhidos dados para completar a avaliação inicial. Considerou-se, também, crucial, a apresentação/discussão das expectativas/desejos da parturiente/pai para o TP durante a passagem de turno, fomentando a continuidade de cuidados.

O TP caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto pelo canal de parto e expulsão deste para o exterior (Graça, 2010b). O TP apresenta quatro estádios com características e tempos bem definidos, pelo que foi necessário reunir conhecimentos teórico-práticos sustentados para identificar e caracterizar os diferentes estádios e fases do TP e, assim, adotar uma prática de cuidados segura e adequada a cada situação.

Foi notória a diferença observada entre as primíparas e as multíparas, relativamente à monitorização do tempo e progressão do TP. Verificando-se outras variações no que concerne à idade, condição física e emocional, eficácia das contrações primárias e secundárias, utilização de analgesia, posição da parturiente, adequação pélvica, tamanho, apresentação e situação do feto, tipo de apoio, suporte do acompanhante e gestão clínica do TP. Assim, procurou-se manter uma constante atenção a qualquer alteração que surgisse durante a vigilância do TP, adequando a intervenção à especificidade de cada parturiente/pai/RN.

Considerando que o TP pode gerar stresse e ansiedade para a parturiente/pai, procurou-se envolvê-los como parceiros na formulação de um plano de cuidados individualizado, ajudando-os a preservar a sensação de controlo, a promover a sua participação durante o TP, reforçando a sua auto-estima e nível de satisfação e garantindo um ambiente seguro.

Um ambiente seguro não se refere apenas à capacidade de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções perante potenciais complicações/comprometimento do bem-estar materno-fetal, mas também reunir a capacidade de contribuir para a criação de um ambiente favorável para o nascimento, onde todos os intervenientes possuam conhecimentos sobre os seus papéis durante a participação no TP.

A prática de cuidados foi pautada pelo respeito pela privacidade e expectativas da parturiente/pai, pelo consentimento informado e por uma pormenorizada avaliação física e da progressão/evolução do TP, estado hemodinâmico, bem-estar materno-fetal, diagnóstico da posição fetal, através das Manobras de Leopold procurando identificar a variedade e apresentação fetal e grau de descida na pélvis.

Numa mesma esfera, o aconselhamento, a transmissão de informação, o apoio emocional e as medidas de conforto e alívio da dor variavam com cada situação e foram igualmente fundamentais para a prática de cuidados.

Para fornecer apoio emocional e psicológico à parturiente/pai/família procurou-se estabelecer uma relação terapêutica de confiança, empatia e disponibilidade, favorecedora de uma escuta ativa e da comunicação das situações que para eles desencadeavam comportamentos/atitude geradoras de stresse, ansiedade e medos imaginários e/ou reais. Foi promovida, sempre que possível, a autonomia dos intervenientes através da formação/informação adequada ao seu nível intelectual e necessidades. Perante situações geradoras de alterações ao TP normal da parturiente, diligenciou-se um maior apoio emocional e psicológico por parte do EESMO, no sentido de prevenir efeitos psicológicos adversos e de exaustão.

O pai vivia um misto de pânico/tranquilidade e sensação de impotência face a determinadas situações, tais como, lidar com a dor da parturiente, prolongamento do TP, alterações no bem-estar materno-fetal, entre outras, podendo prejudicar a sua atenção e apoio à parturiente. Nesses casos, procurou-se promover a sua participação de forma mais ativa, incentivando-o a realizar medidas de apoio à parturiente como suporte emocional, medidas de conforto/alívio da dor, auxiliar e defesa da parturiente, como estratégia para se sentir útil, confortável e disfrutar do momento de assistir ao nascimento do seu filho.

Se a parturiente/pai se sentiam seguros e confortáveis, era o momento ideal para reforçar a relação terapêutica, dar a oportunidade de questionarem e relatarem as suas expectativas em relação ao TP e verificar como se estava a realizar o processo de transição para a parentalidade e/ou integração de um novo membro. Assim se depreendia que orientação o EESMO devia realizar e a necessidade de explorar conhecimentos, colmatar necessidades e/ou solucionar alguns problemas relacionados com os papéis a assumir durante este processo.

Numa fase inicial do TP, e sempre que a situação materno-fetal permitia, era estimulada a deambulação para facilitar a progressão do TP e aliviar o desconforto associado à contratilidade uterina e/ou a utilização da bola de pilates para estimular a mobilidade e relaxamento pélvico e perineal. Quando a parturiente se encontrava na cama era ajudada a alternar decúbitos, com preferência para os laterais, por promoverem o fluxo uteroplacentário e renal, contribuindo para evitar o risco de hipotensão de decúbito, normalmente manifestada por náuseas e vômitos e ocasionalmente alterações da FCF (Lowdermilk & Perry, 2008).

A dor foi, provavelmente, o fator que desencadeou mais stress na parturiente, pelo que na intervenção de prevenção e controlo da dor teve-se em conta a origem da dor (visceral ou somática), o estágio de TP e o conjunto de fatores fisiológicos, culturais, psicológicos específicos de cada parturiente. Durante o primeiro estágio, maioritariamente, as parturientes apresentavam uma dor do tipo visceral localizada sobre a porção inferior do abdómen e que irradiava para a região lombo-sagrada, glútea, cristas ilíacas e coxas. A dor podia ser intermitente, coincidente com as contrações, ou ser permanente, no caso de algumas parturientes. No segundo estágio, a dor era, na maioria das parturientes, somática, intensa e bem localizada e ocorria por estiramento dos tecidos e pavimento pélvico, pelos esforços expulsivos ou pela pressão da apresentação. No terceiro e quarto estágios a dor era uterina em grande parte dos casos e idêntica à sentida no início do primeiro estágio pela parturiente.

Neste sentido, foram utilizadas estratégias não farmacológicas adequadas ao momento do TP e às características da parturiente/pai. Assim, foi incentivada a parturiente a realizar técnicas de distração, técnicas de respiração e relaxamento e técnicas de toque e massagem, como effleurage, contrapressão, aplicação de frio/calor e toque terapêutico, promovendo paralelamente o envolvimento e participação do pai na aplicação destas técnicas. De todas estas, as que foram mais utilizadas e eficazes para o alívio e controlo da dor foram as técnicas respiratórias, o toque e a massagem.

O toque propiciou inúmeras vantagens e foi geralmente bem tolerado pela parturiente, pelo que era encorajado o pai/acompanhante a realizar massagem ou pressão na região lombo-sagrada para o alívio de pressão do occipital nos nervos vertebrais e da dor, assim como a realizar massagens nas mãos e pés para relaxar e acalmar a parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008). O gesto do pai em segurar a mão e/ou acariciar a parturiente constituiu uma das melhores estratégias para o controlo da dor, salientando-se a importância deste apoio à parturiente, comparativamente com aquelas que se encontravam sozinhas em TP.

Relativamente ao ambiente físico da unidade onde se encontrava a parturiente era tida em atenção a baixa luminosidade, a temperatura adequada e a redução do ruído.

As intervenções farmacológicas por via sistémica (endovenosa ou intramuscular) foram implementadas pelo EESMO com o consentimento da parturiente, quando o desconforto e a dor aumentavam e esta ainda não apresentava as condições recomendadas a nível do colo uterino para iniciar a analgesia epidural (quando desejada) e/ou quando era necessário realizar a episiorrafia e/ou correção de lacerações a parturientes sem analgesia epidural, ou quando esta já não era eficaz.

Considerou-se importante ter em conta a experiência anterior da parturiente e a paridade na intervenção no alívio da dor, uma vez que estas verbalizavam diferenças significativas no controlo da dor. A parturiente com dor muitas vezes, abstraiu-se da realidade e centrava-se apenas na dor, ouvindo-se relatos de: “este vai ser o último”, “não me meto noutra”, “não imaginava que ia doer tanto”, “o que é isto?”, ou surgirem pedidos de procedimentos técnicos ou partos distócicos, contrários às expectativas do plano de parto mental inicial.

Nesse sentido, determinou-se essencial junto da parturiente/pai clarificar que as decisões iniciais não eram definitivas e que podiam surgir ajustes e adaptações consoante a forma como a parturiente lidava com o desconforto, a dor e a progressão do TP. As parturientes que tinham a expectativa de usufruir da analgesia epidural e que por progressão rápida do TP não usufruíam desta, tendiam a perder mais o controlo, a apresentar mais ansiedade e necessitar de mais reforços positivos e apoio físico e psicológico.

Debruçar-se sobre a manutenção do bem-estar emocional da parturiente, através do apoio psicológico com reforços verbais e não-verbais e simultaneamente estar alerta para o bem-estar materno fetal exigiu ao EESMO integrar conhecimentos de “saber ser”, “saber estar” e “saber fazer”.

Para avaliar a situação do TP realizaram-se exames vaginais que foram essenciais para obter as seguintes informações: inducibilidade do colo através da monitorização do Índice de Bishop (apreciação do apagamento, dilatação, consistência e posição do colo uterino e identificação/posição do plano ou grau de descida da apresentação); situação e variedade fetal; apreciação das condições do canal de parto (associado à estimativa do peso fetal) e observação de perdas vaginais (perda sanguínea, Líquido Amniótico (LA), e/ou corrimentos). Associada a esta técnica foi essencial a realização das manobras de Leopold, a interpretação da Cardiotocografia (CTG) e a vigilância de sinais/sintomas de comprometimento do bem-estar materno-fetal.

O TP representa um período de stress fisiológico para a parturiente e feto, pelo que foi fundamental identificar e monitorizar o risco materno-fetal, nomeadamente em situações de emergência de disfunção contrátil uterina, hemorragia vaginal, presença de quadros infecciosos e prolapso do cordão umbilical. Destes sinais, foi necessário intervir em situações de disfunção contrátil uterina, com a suspensão da perfusão ocitócica (se em curso), retirado o fármaco indutor do TP do canal vaginal (se presente), realização de técnicas de relaxamento/respiração e incentivada a mudança de decúbito e a realização de esforços

expulsivos (se após avaliação das condições do colo uterino e comprometimento do bem-estar materno-fetal era adequado) (Graça, 2010b).

Em casos de suspeita de infecção por hipertermia da parturiente, na maior parte dos casos, associada à rutura de membranas superior a 24 horas, foi controlado de forma contínua os sinais vitais da parturiente, realizado arrefecimento físico, verificadas alterações na FCF e implementadas medidas farmacológicas em articulação com a equipa de obstetras.

Para a identificação e monitorização do risco fetal, a monitorização contínua através do CTG, foi fundamental. Da mesma forma, que sempre que era realizado algum procedimento/técnico tais como: amniotomia, exame vaginal, administração de perfusão de ocitocina ou surgia alguma alteração no TP como Rotura Espontânea de Membranas (REM), aumento da contratilidade uterina e alteração de decúbito pela parturiente (hipotensão de decúbito dorsal), foi observado o traçado em busca de algum sinal de hipoxemia fetal.

Nos casos em que era identificado risco materno-fetal e/ou situações que estavam para além da área de atuação do EESMO foi referenciado sempre à equipa médica de obstetrícia.

Durante a gravidez e TP podem coexistir patologias pré-existentes com patologias gestacionais que justificam uma vigilância atenta e contínua do bem-estar materno-fetal. As patologias concomitantes com a gravidez que surgiram durante o ENP estiveram relacionadas com doenças da tiróide, neurológicas, gastrointestinais, auto-imunes e psicológicas e necessitaram da adoção de intervenções específicas por parte do EESMO, mesmo estando controladas a nível fisiopatológico.

Os casos durante o ENP que traduziram uma maior vigilância do EESMO relacionaram-se com parturientes com Diabetes gestacional ou prévia e hipertensão. Numa primeira fase foi necessário prevenir complicações relacionadas com desidratação, Hipo/hiperglicemia e Hipo/hipertensão. Posteriormente realizou-se a monitorização da glicemia capilar, TA e diurese, aplicação dos protocolos existentes no serviço para a Diabetes Mellitus controlada com dieta ou insulinoaterapia e vigilância dos sinais/sintomas indicativos de agravamento do estado fetal através de alterações da FCF, uma vez que dada a perfusão uteroplacentária estar diminuída havia maior risco fetal.

Para além das patologias mencionadas surgiram durante o ENP outros fatores de risco nas parturientes relacionados com: cirurgia ginecológica anterior, história de infertilidade e abortos, antecedentes obstétricos de morte fetal, cesariana anterior, RPM, restrição do crescimento intra-uterino, hidrâmnios, oligoâmnios, gestação múltipla, RN macrossómico,

adolescentes, parturientes com mais de 35 anos de idade e grandes múltiparas. O EESMO durante a sua prática de cuidados considerou estes fatores de risco na prescrição, implementação e avaliação de intervenções de forma a evitar e/ou minimizar os seus possíveis efeitos.

As parturientes com alguma patologia concomitante e/ou associada à gravidez/TP necessitaram de maior apoio emocional e psicológico, dado que algumas delas passaram períodos no hospital de curta ou longa duração e/ou baixas médicas com limitação de atividade/repouso e apresentavam estados de maior ansiedade e stress. Em todas essas situações, foi importante a cooperação com os outros profissionais da equipa de obstetrícia, anestesia e neonatologia e assumir uma atitude favorecedora de tomada de decisão e prioridades adequadas para lidar com situações de urgência obstétrica.

A assistência em cuidados especializados à parturiente/pai durante o TP exigiu a aquisição de várias competências do EESMO para se adaptar às variações do estado materno-fetal ao longo do TP, dado que num curto espaço de tempo podiam surgir mudanças que exigiam a atenção para desvios ao padrão normal da evolução do TP e face a estes, a definição de prioridades, tomada de decisão e mobilização de pressupostos teóricos imediatos. Os desvios ao padrão normal de TP mais comuns prenderam-se com: TP disfuncional com contrações uterinas anormais traduzidas por hipotonia ou hipertonia que impediam a evolução normal da dilatação, o apagamento cervical e a progressão do TE esforços expulsivos voluntários inadequados; alterações na estrutura pélvica e causas fetais como variedades e apresentações anómalas de bregma, fronte e face, feto macrossómico e gestações gemelares.

Em resposta a estes desvios no padrão normal de evolução do TP a intervenção do EESMO consistiu em reduzir/eliminar os fatores que os poderiam originar tais como: indutores farmacológicos do TP, mecânicos (amniotomia) e posicionais (alterações de decúbito) para favorecer a progressão normal do TP, propiciar uma maior vigilância, planeamento e gestão de intervenções favorecedoras do bem-estar materno-fetal. Algumas destas situações terminaram com partos vaginais instrumentais com fórceps/ventosas, consistindo a intervenção na cooperação/colaboração com o obstetra, apoio à parturiente/pai e cuidados imediatos ao RN.

O reflexo de Ferguson mencionado pela parturiente nem sempre foi indicativo da dilatação completa do colo ou da descida da apresentação, pelo que a avaliação da situação era baseada na evidência, através do exame vaginal, uma vez que realizar esforços expulsivos numa fase muito prévia poderia provocar edema cervical e atraso na progressão do TP.

Para que ocorra o nascimento por parto eutócico, o feto tem de se adaptar durante a descida a uma bacia feminina que apresenta diferentes níveis, contornos e diâmetros variados. Ao longo da gravidez existe a possibilidade determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto através da: avaliação da bacia óssea, no terceiro trimestre de forma mais fiável devido ao relaxamento, aumento da mobilidade das articulações e ligamentos pélvicos e com a ecografia do terceiro trimestre verificar a apresentação e situação fetal e obter uma aproximação do tamanho e peso à nascença.

No entanto, apesar do controlo e vigilância da gravidez, durante o TP surgiam por vezes condicionantes relacionadas com desvios ao padrão normal e nesses casos através das Manobras de Leopold, da consulta da evolução do TP pelo partograma e da realização do exame vaginal era avaliada a progressão fetal através dos planos de Friedman, da variedade fetal, avaliação do colo uterino e elasticidade dos tecidos do períneo. Consoante esses dados e a avaliação da contratilidade uterina e dilatação do colo, a intervenção autónoma do EESMO consistiu em incentivar a parturiente a adotar decúbitos que favorecessem a rotação interna, realizar esforços expulsivos e iniciar/suspender e/ou aumentar a perfusão ocitócica.

Para a execução do parto eutócico foi necessário num momento prévio preparar a unidade com o material necessário. Quando a parturiente realizava esforços expulsivos eficazes e a cabeça do feto começava a coroar, iniciava-se o posicionamento para o parto, atendendo a todos os procedimentos de higienização e assepsia necessários.

Durante o parto eutócico, tentou-se realizar um esforço psicológico de autocontrolo de forma a evitar transparecer inquietude, medo e nervosismo que podiam prejudicar a confiança da parturiente/pai ou a sua colaboração num momento tão crucial, como é o TP. Foi fundamental também, interagir com a parturiente, utilizando reforços positivos quando estava a realizar esforços expulsivos eficazes e a tranquilizá-la na pausa das contrações.

Na maioria dos partos realizados, a apresentação fetal era de vértice, pelo que os movimentos cardinais do parto sucederam-se sem problemas. A descida, e rotação interna do feto e a extensão do polo cefálico do feto na vulva era controlada no sentido de evitar a expulsão brusca do feto e assim, proteger o períneo e tecidos circundantes. Quando era necessário aumentar o canal vaginal e/ou se denotava fragilidade no nível dos tecidos perineais era realizada episiotomia. Após a saída da cabeça era praticada a pesquisa de circular cervical, a rotação externa, desencravamento do ombro anterior seguido do posterior e expulsão do corpo fetal.

Em todos os partos a manobra de Ritgen coordenada com a respiração e esforços expulsivos eficazes pela parturiente ao comando do EESMO resultavam ser uma técnica com êxito. Nos casos de provável distócia de ombros, com a realização da manobra de McRoberts, compressão suprapúbica e a extensão da episiotomia (se considerado necessário), solucionaram-se todas as situações, sem consequências para o RN. Não obstante, o EESMO reuniu nestes casos a capacidade de transmitir serenidade e assertividade à parturiente/pai e simultaneamente “saber ser”, “saber estar” e “saber fazer” em situações que ditavam um discernimento e agir rápido.

Após o nascimento iniciava-se imediatamente os primeiros cuidados ao RN: massagem torácica ascendente até às vias respiratórias superiores; aspiração de secreções oro e nasofaríngeas (se necessário); limpeza parcial e secagem da pele do RN; promoção do contacto pele-a-pele com a parturiente (se RN apresentava boa adaptação à vida extra-uterina); preservação da manutenção da temperatura corporal e clampagem do cordão sendo permitido posteriormente ao pai o contacto e corte do cordão umbilical.

Em simultâneo, com os cuidados atrás mencionados e, através da avaliação da frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, calculava-se o Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto. Observava-se ainda a perfuração do ânus, a presença de vernix caseosa, malformações estruturais e se apresentava algum traumatismo/lesão resultante do período expulsivo. Durante o período de adaptação imediata do RN à vida extra-uterina, programaram-se medidas de suporte/estabilização para manter um padrão respiratório e de termorregulação eficaz, permanecer livre de infeções e iniciar a interação precoce com a parturiente/pai.

Em situações de estado fetal não tranquilizador e/ou presença de possíveis sinais de complicações houve a articulação entre a equipa médica obstetra e o pediatra no sentido de reunir as condições mais favoráveis e com menos consequências para o bem-estar fetal/RN. Os pais eram informados e apoiados, no sentido de diminuir estados de maior ansiedade e stress.

Todas as dequidaduras foram espontâneas e maioritariamente através do mecanismo de Baudelocque-Schultze, não se verificando nenhuma situação de retenção da placenta.

Durante o dequite observou-se a presença de sinais de descolamento por tração controlada do cordão umbilical e pressão suprapúbica moderada, a expulsão da placenta e o estado hemodinâmico da parturiente. Após este, pesquisava-se a presença do globo de Pinard para descartar sinais de hemorragia pós-parto e observação/avaliação da integridade da placenta e

do cordão umbilical. Posteriormente, iniciava-se a perfusão de ocitocina, os cuidados perineais e respetivos ensinamentos e a observação/avaliação da integridade do canal de parto e períneo, definindo os vários graus de lacerações perineais e executando as técnicas de reparação de lacerações e episiotomias por planos, de forma que a reconstrução anatómica favorecesse uma boa cicatrização e ausência de sequelas futuras.

O Breast Crawl foi uma técnica utilizada, sempre que o RN apresentava boa adaptação à vida extra-uterina por favorecer: a termorregulação, sinais de pré-mamada, regulação da respiração, coordenação dos reflexos que facilitam a amamentação como a rotação, sucção e deglutição e a promoção da vinculação parental precoce. Esta técnica permitia a aquisição pela parturiente de autoconfiança para tentar estabelecer o AM e maior receptividade à informação fornecida. O que é concordante com as experiências aleatórias realizadas por Kennell (1995), em que quando o contacto precoce da puérpera com o RN se estabelece com o AM (durante a primeira hora de vida) verifica-se uma maior duração da amamentação.

Para promover, proteger e apoiar o AM, a intervenção do EESMO iniciava-se na admissão da parturiente ao Bloco de Partos através da avaliação inicial. Este instrumento permitiu não só detetar lacunas, clarificar informações incorretas e esclarecer mitos/crenças relativas ao AM, como conhecer as expectativas para o período atual, a qualidade das experiências anteriores e abordar preocupações pessoais. Consoante esses dados e a consulta do Boletim de Saúde Materna foram planeadas e executadas intervenções tendo em conta as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pressupostos da IHAB.

O EESMO encontrou-se numa posição privilegiada para promover a vinculação da tríade, uma vez que o processo de vinculação é mais sensível nos primeiros minutos e horas após o nascimento, quando se observa o bebé real e se o reconhece como um membro da família. As intervenções concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas para promover a vinculação com o RN passaram pelo corte do cordão umbilical, contacto precoce pele-a-pele da parturiente com o RN para disfrutarem de um período de reconhecimento e adaptação e, assim como, a criação de um ambiente favorável para a díade estabelecer os primeiros laços de apego com o RN. A orientação prática do EESMO através do incentivo/reforço dirigido ao pai tornou-se facilitador para a aquisição de competências para cuidar o RN e promover a sua participação ativa e autoconfiança.

Após aproximadamente duas horas após o TP, no puerpério imediato, se o estado da parturiente/RN permitia, realizava-se a transferência para o internamento de puerpério. O EESMO acompanhou a parturiente/pai/RN até ao internamento e iniciava o acolhimento neste

serviço e posteriormente transmitia à enfermeira responsável pela parturiente/RN toda a informação para permitir a continuidade de cuidados.

Em suma, na prestação de cuidados há parturientes de baixo risco, foram realizadas com autonomia, tomadas de decisão para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas na assistência à parturiente/feto/pai/RN, de forma a otimizar as condições de saúde destes e cumprir as competências preconizadas pela OE e os requisitos previstos na Diretiva (Lei nº 9/2009 de 4 março) pela Comunidade Europeia, foram realizadas: consultas de Enfermagem (Admissão) a 110 parturientes; vigilância e prestação de cuidados a 85 parturientes e fetos; prestação de cuidados a 38 parturientes em situação de risco, durante e após o TP; realização de amniotomia a sete parturientes; colaboração com o anestesista na administração da epidural a 25 parturientes; execução de 54 partos eutócicos; participação ativa em cinco distócicos por ventosas, nenhuma participação em partos de apresentação pélvica e uma em parto gemelar; realização de 25 episiotomias; iniciação à episiorrafia e sutura, em 40 situações; vigilância e prestação de cuidados a 73 RN saudáveis e 3 de risco; vigilância e prestação de cuidados a 87 puérperas/família e laqueação precoce do cordão umbilical a 11 RN.

2. PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PAI NO APOIO À PARTURIENTE E NA INTERAÇÃO COM O RECÉM-NASCIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Neste capítulo procede-se à contextualização da intervenção desenvolvida junto da parturiente/pai/RN no sentido de promover a participação ativa do pai apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP, desenvolvida durante o ENP.

Assim, inicia-se por uma abordagem concetual relativa à parentalidade baseada na teoria das transições de Meleis, novos modelos de paternidade, formas de o pai participar no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP e práticas do EESMO facilitadoras desse processo. Seguidamente, apresenta-se a metodologia de intervenção do EESMO com a apresentação, análise e discussão dos resultados e, por último, as conclusões e recomendações decorrentes da intervenção.

2.1. Enquadramento teórico

A vivência da paternidade tem-se alterado muito nas últimas décadas, o pai já não é somente considerado como o provedor do sustento da família, sem espaço para as emoções e para os cuidados aos filhos. Tem sido dada, cada vez mais importância ao pai ao longo da gravidez, parto e puerpério e permitido que este assista e participe no parto do seu filho (Correia & Sereno, 2005). Estas mudanças não só alteraram a vivência da parentalidade, como exigiu uma nova dinâmica nas práticas do EESMO.

2.1.1. Transição para a Parentalidade

Segundo a teoria das transições de Meleis (2010), as reações às mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo podem revelar-se em bem-estar ou, pelo contrário, expor os indivíduos a diversos riscos acrescidos relacionados com a doença. Esta autora classifica as transições essencialmente em quatro tipos: desenvolvimentais (períodos transitórios do ciclo vital), situacionais (implicam alterações de papéis, incluindo acontecimentos como a gravidez, o nascimento e a morte), de saúde-doença (ocorrência de estado patológico potencialmente indutor de inadequação do indivíduo) e organizacionais.

A transição constitui um conceito central para a disciplina de Enfermagem, podendo decorrer de ações voluntárias da pessoa ou, por outro lado, corresponder a fenómenos inesperados. Quer sejam considerados processos patológicos ou fisiológicos, o enfermeiro representa um

papel fulcral na identificação das respostas humanas a estes processos, essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem a partir das necessidades reconhecidas em cada indivíduo e para a consequente implementação de todo o processo de enfermagem.

Podendo também ser designadas de processos de desenvolvimento, as transições implicam um cuidado transacional por parte do enfermeiro. Este cuidado molda-se na individualidade de cada pessoa, promovendo a consciencialização dos processos de transição e progressiva capacitação do indivíduo para restabelecer o equilíbrio e a estabilidade física, psicológica e emocional. As respostas, durante e depois do processo de transição, são denominadas como indicadores de processo e resultados. Estes permitem a confrontação com a necessidade de colocar em prática conhecimentos, supostamente adquiridos, avaliar os recursos que cada um possui e desenvolver e mobilizar novas competências (Meleis, 2010).

De entre todas as transições que acompanham a existência humana, existe uma que se destaca: o momento em que se é pai ou mãe. Para Colman e Colman (1994), o primeiro ano do nascimento do bebé representa para os futuros pais, um dos mais importantes da sua vida. A transição da conjugalidade para a parentalidade corresponde a uma das principais crises familiares, coincidindo com a construção de uma nova estrutura familiar e de um novo sistema com normas, padrões e valores próprios, que através do património individual de cada um dos elementos, passa a construir-se um património comum (Graça, 2010a).

O período de transição tem como função essencial preparar os pais para as tarefas complexas e desafiantes que se lhes vão colocar pela frente, uma vez que esta condição se desenvolve de forma gradual. Implica que todos os aspetos do próprio sejam revistos, tanto no nível do comportamento, como no nível da própria identidade e da maneira de ser de cada indivíduo (Cowan & Cowan, 1988).

Pais e mães tendem a adaptar-se diferentemente em função das suas características pessoais, das características do bebé e do seu contexto social mais alargado (Belsky, 1984). Essa aprendizagem pode ser isolada ou em conjunto, com mais ou menos tempo e resultar ser uma experiência positiva ou negativa.

Cada casal atribui significados aos processos que ocorrem nas suas vidas e têm sobre eles perceções, que são influenciadas e influenciam as condições em que ocorrem as várias transições. Durante as transições, podem ou não conhecer o que os espera e, as suas expectativas podem não ser reais. Quando se conhece o que se espera, a ansiedade associada à transição diminui (Hollander & Haber, 1992).

Com o nascimento, o casal observa o bebê real e não apenas o filho idealizado (Alves, 2005), o que implica uma obrigatória reestruturação na rede de relações e no desenvolvimento afetivo (Cowan & Cowan, 1988; Figueiredo, 1994; Monforte & Mineiro, 2006). A continuidade familiar e a concretização biológica das famílias de origem asseguram-se com o nascimento do novo membro (Relvas & Lourenço, 2001).

A qualidade e proteção das relações, papéis e funções entre as várias gerações, influenciam a transição para a parentalidade (Mendes, 2007), ou o surgimento de conflitos (Colman & Colman, 1994). Para alguns casais é uma transição normativa e socialmente apoiada, no entanto, para outros traduz-se numa crise de emoções e medos de não se ser capaz de responder as exigências (Graça, 2010a).

Cada estágio de desenvolvimento exige uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Relvas & Lourenço, 2001; Conde & Figueiredo, 2007). Os futuros pais terão de se ajustar a uma variedade de transformações ocorridas ao longo do período de gestação e parto e às expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebê. Ocorre uma contínua acomodação entre as expectativas e o que se espera para esta nova etapa que se apresenta (Colman & Colman, 1994).

Deste modo, de acordo com Meleis (2010), a transição implica que os elementos envolvidos se sintam situados para poder refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente para lidar com a mudança, dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto se desenvolve um sentido de identidade mais flexível. E enquanto decorre a transição para a parentalidade no casal, ocorre em simultânea a transição para a paternidade no pai.

2.1.2. Transição para a Paternidade

Um novo modelo de paternidade, em que o pai cuida e envolve-se em todas as áreas que dizem respeito ao seu filho, vem sendo construído. Não se trata apenas de mera troca de lugar, mas a construção doutro lugar e de outros sentidos (Medrado, 1998). No entanto, durante bastante tempo, o pai foi o “progenitor esquecido” (Ross, 1979) da investigação familiar, do desenvolvimento infantil e das teorias de vinculação, centralizando a mãe a ênfase quase exclusiva associada ao tão aclamado instinto maternal.

A descoberta da paternidade biológica trouxe consigo a paternidade social, seguindo-se uma revolução relacional e emocional (Balacho, 2001). O papel parental sofreu assim, mudanças

rápidas que condicionam a vivência do homem e da mulher na gravidez e nascimento, bem como na relação com os filhos.

Lamb (1992) resume a evolução histórica do papel do pai nos últimos dois séculos e nas sociedades ocidentais cristianizadas em quatro fases:

- “Pai formador moral” - responsável pela educação e supervisão moral dos filhos. O bom pai era aquele que era um bom modelo cristão (decorrer do século XVIII e inícios do século XIX);
- “Pai sustento económico” - os laços económicos sobrepuseram-se aos emocionais, ao divinizar a importância da sobrevivência do grupo familiar (origem com a revolução industrial);
- “Pai modelo de tipificação sexual” - a função social esperada era a de modelo sexual, esta mudança originou-se pela diminuição nas fontes de suporte financeiro devido à crise económica provocada pela 2.^a Guerra Mundial (anos quarenta);
- “Pai que cuida e acarinha” - o bom pai passou a ser aquele que se envolve e cuida ativamente dos filhos em todas as áreas da educação e socialização (a partir da década de setenta).

É na segunda metade da década de oitenta que acontece a consolidação deste último papel, surgindo a partilha similar com a mãe de tarefas domésticas e educativas. Como refere Balancho (2001, p. 19) “foi a entrada da mulher no mundo laboral que levou, inevitavelmente, ao envolvimento do homem na educação e gestão da casa.”

Como consequência dessas mudanças, o papel do pai na sociedade e na família sofre também, definitivas alterações e pode ser considerada uma das evoluções mais marcantes da nossa sociedade. O homem adquire através destas mudanças a consciência da importância da sua participação em todo o processo de construção familiar e da realização em poder exercer de forma concreta o papel de pai. Torna-se mais consciente da importante transição que ocorre na sua vida e procura ter a sua própria experiência pessoal (Colman & Colman, 1994).

O pai passa deste modo, a desejar estar presente em todos os momentos que envolvem o nascimento do bebé, quer tornar-se pai, ao mesmo tempo que a mulher se torna mãe e ajudar a nascer o filho que é dos dois (Storti, 2004). “Ao viver tão intimamente a evolução da gravidez e do parto, o homem tem forçosamente de se aproximar da mulher e do filho. Não será mais um ausente, mas um cooperador e, de uma maneira integral, um companheiro e um pai” (Couto, 2003, p. 82).

Ser um “novo pai” (Abreu, Goodyear, Campos & Newcomb, 2000) implica romper com os estereótipos masculinos tradicionais e enfrentar a crescente hipervalorização feminina, da função materna e romper as famílias “matricentradas” por girarem só à volta do eixo mãe/filho. Passa a utilizar-se uma parentalidade dessexualizada, em que os papéis familiares em vez do sexo/gênero são assumidos baseados no temperamento e predisposição individual (Jackson, 1987).

Assim, se depreende que o pai passa a não exercer apenas a função de provedor do suporte económico e de chefe de família, mas também, a prover cuidados, apoio emocional e a estabelecer a paternidade legal (Lamb, 1992; Coley, 2001). Ocorre uma mudança significativa no papel parental e emerge um novo pai. Segundo Bonino (2003) os aspetos vinculares assumem o comando e o pai passa a ser o que ama, cuida e disfruta, passando para segundo plano a questão da linhagem, virilidade e o amor à companheira. Esta nova paternidade segundo Brazelton e Cramer (1992) pode ser influenciada por vários fatores:

- Predisposição à parentalidade, transmitida pelos pais e em particular pelo pai;
- Solicitações do bebé, ao desencadear e desenvolver as capacidades do pai de interagir com o RN;
- Autorização da esposa, ao permitir ao pai implicar-se na nova função;
- Organização sociocultural ao legitimar a paternidade;
- Objeto de identificação alternativo, protegendo a criança da exclusividade da relação feminina.

É no decorrer dessas alterações do papel paternal e em conformidade com a imagem do pai cada vez mais envolvido no planeamento e acompanhamento da gravidez, nascimento e cuidados ao RN, que se assiste a uma aproximação dos papéis parentais entre os progenitores. Assim, em substituição de papéis específicos e complementares, surge um novo ideal da coparentalidade em que ambos os pais partilham responsabilidades e tarefas nos domínios financeiro, doméstico e nos cuidados ao bebé de um modo mais igualitário.

À semelhança da coparentalidade, existe um processo de influência e apoio mútuo entre sexos que não determina que um obtenha mais talento parental que outro, dado que para Gomez (2005, p. 277) a “parentalidade é um processo desenvolvimental, multifacetado e multideterminado.”

2.1.3. A participação do pai no Bloco de Partos

Há alguns anos atrás, a entrada do pai no Bloco de Partos era barrada, aguardando este impacientemente numa sala de espera ou corredor do hospital, até que uma enfermeira desconhecida comunica-se o nascimento e sexo do bebê. Atualmente, é pouco frequente uma parturiente encontrar-se sozinha, sofrendo o pai um ultimato social para estar presente e, também, em parte pela publicação do DL 14/85 de 6 de julho, I Série, número 153 (p. 1974) em que “é conferido à mulher grávida, o direito, se assim desejar, de ser acompanhada durante o trabalho de parto, inclusive no período expulsivo, pelo futuro pai ou por outro familiar que corresponde à vontade da grávida.”

Com estas alterações, assiste-se a uma mudança na participação do pai durante o TP e a necessidade de reformular o seu papel, de forma a ser um elemento ativo em todo o processo e não um mero expectador. Cada vez mais o pai atribui mais valor à sua presença no TP como uma forma de enriquecimento pessoal. “Os homens atualmente, em conjunto com as esposas, estão a descobrir que o nascimento do filho pode ser uma das experiências mais gratificantes da sua vida” (Macy, 1989, p. 102 citado por Moreira, 2000).

A presença do pai no Bloco de Partos abandona gradualmente a marginalidade, o obstáculo por possíveis desmaios e perturbação para a equipa e passa a ditar-se como prática favorável e recomendada para o bem-estar materno-fetal e para a transição para a parentalidade (Colman & Colman, 1994). Segundo Kitzinger (1984, p. 185) o lugar do pai durante o TP é ao lado da mulher à cabeceira da cama “pode não haver espaço para uma cadeira (...) mas há quase sempre espaço para um banco, ou pode sempre ficar de pé.” É extremamente importante o casal vivenciar junto o TP, pois segundo Lind (1973 citado por Klaus & Kennell, 1992, p. 35) “a família nasce na sala de partos.”

É importante a presença e participação do pai não só para a valorização do papel paternal, mas também no apoio à parturiente e no estabelecimento de uma vinculação precoce com o RN. O pai ao assistir ao nascimento do RN beneficiado reforço da sua identidade como elemento ativo, tornando-se menos provável a sua exclusão (Brazelton & Cramer, 1992), vivencia experiências positivas pelo suporte emocional que proporciona à parturiente e que podem favorecer um maior envolvimento emocional precoce com o filho (Tomeleri, Pieri, Violin, Serafin & Marcon, 2007).

- **No apoio à parturiente**

A presença do pai no Bloco de Partos justifica-se, sobretudo quando constitui um apoio afetivo e efetivo para a mulher durante e após o TP. Sendo que, a importância atribuída pelo pai a este momento está relacionada com o grau de envolvimento que teve em todo o processo, bem como da relação que tem com a parturiente (Moreira, 2000).

Na revisão da literatura realizada por Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala e Weston (2011) é perceptível que o suporte é mais efetivo quando o apoio é prestado por uma pessoa da rede social da parturiente, do que quando é prestado por um profissional da instituição, para além de tornar o apoio mais eficaz e possibilitar à mulher maior satisfação com a experiência do parto. Outros estudos demonstram, que as atividades desenvolvidas pelo pai enquanto acompanhante são tão importantes durante o TP quanto os próprios cuidados obstétricos realizados por profissionais (Frutuoso, 2011).

Está comprovado que a presença do pai no Bloco de Partos diminui a ansiedade e stresse sentidos pela parturiente, a quantidade de medicação analgésica administrada, a percentagem de catecolaminas e um aumento da libertação de ocitocina que pode facilitar o desenrolar do TP e conseqüentemente a formação da tríade mãe-pai-bebé através do estabelecimento precoce (Brazelton & Cramer, 1989; Ramos & Cecílio, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Carvalho, 2001). Por outro lado, o distanciamento do pai dos processos de gestação e parto gera nas grávidas e parturientes sentimentos de solidão e vazio (Freitas, Coelho & Silva, 2007).

A presença do pai pode assumir diferentes posturas e variar na forma como se desenvolve e estabelece a sua participação no apoio à parturiente durante o TP. Assim, segundo May (1980) existem três tipos de pais-expectantes: observador, instrumental e expressivo. O pai observador acredita que a gravidez é uma ocorrência normal e da responsabilidade da mulher, não se envolve emocionalmente e apenas dá assistência, se solicitada. O pai instrumental oferece suporte em questões práticas, embora não confortável para se envolver emocionalmente. O pai expressivo envolve-se a nível emocional e comportamental é consciente da importância desta transição para a sua vida e deseja partilhar ao máximo essa experiência.

De acordo, com outros autores, o pai pode ainda assumir diferentes funções e papéis consoante o seu grau de envolvimento e participação durante o TP. Segundo Martins,

Fernandes, Ferreira e Pacheco (2006) e Lowdermilk e Perry (2008) o pai pode exercer várias funções como acompanhantes da parturiente durante o TP, nomeadamente:

- Suporte emocional - encorajando, tranquilizando e ajudando a manter a calma e a superar as dores;
- Companhia – combatendo a desagradável sensação de solidão, ansiedade e medo num ambiente estranho;
- Ajudante em medidas de conforto - realizando massagens, ajudando a descontrair e respirar corretamente, aliviando a sudorese com compressas frias e/ou aproximação de água;
- Auxiliar da parturiente - aproximando objetos e ajudando na acomodação na cama;
- Defesa - atuando como advogado na defesa do bem-estar da parturiente e, ser intermediário entre esta e a equipa, interpretando as suas necessidades e desejos e traduzindo-as à equipa.

E, segundo Chapman (1992) o pai durante o TP assume diferentes papéis: incentivador, colega de equipa e testemunha. O pai incentivador é aquele que auxilia ativamente a mulher durante o TP tanto, ao nível do apoio físico, através de massagens e do toque, como a nível do apoio emocional, dando palavras de incentivo e conforto. O pai colega de equipa adota um papel de auxiliar, não tomando iniciativa, mas esperando que sejam os profissionais a dizer o que fazer ou a mulher a dizer o que precisa. O pai testemunha não crê nos benefícios que o seu apoio físico pode proporcionar à mulher, deixando essa função para os profissionais de saúde e, prestando apenas apoio psicológico.

O ideal seria o pai ajudar a parturiente em todas as etapas do TP, proporcionando-lhe apoio físico e psicológico, conforto, carinho e confiança (Rodrigues, 2010). O acompanhamento do pai durante o TP pode ainda contribuir para que a parturiente se sinta mais segura e reduzir significativamente medos, tensões e ansiedade e facilitar a evolução do TP. Para, além disso, partilhar esse momento contribui para uma maior aproximação entre o casal, fortalece a relação de intimidade, a harmonização da tríade e evita o desmembramento familiar (Ribeiro & Lopes, 2006).

- **O pai na interação com o RN**

A inserção do pai em todo o processo durante o nascimento é considerado por Brazelton e Cramer (1989) como fundamental para o estabelecimento de vínculos precoces e fortalecimento de laços entre pais e filhos. A possibilidade dada ao casal de ficarem a sós com

o seu bebê, em privacidade, durante a primeira hora e estadia hospitalar, propicia o ambiente mais favorável e benéfico para o início do processo de vinculação e da nova tríade familiar.

O padrão de vinculação dos pais com o filho é determinado em grande parte pelo padrão de vinculação que ele e o seu pai/mãe tiveram, dado que segundo Bayle (2005, p. 340) “os modelos de vinculação transmitem-se de geração em geração.” Para Brazelton e Cramer (1992) e Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004), a relação dos pais com o seu filho inicia-se antes do período pré-natal, a partir das expectativas que têm e da interação que foram estabelecendo com ele. E, segundo as observações de Troy (1993) e Rizk, Nasser, Thomas e Ezimokhai (2001) citado por Figueiredo (2005a), o “bonding” emerge tão precocemente quanto se estabelece o primeiro contacto com o filho. Para Klaus e Kennell (1976, p. 287) o termo bonding decorre do “(...) vínculo único, específico e duradouro, que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebê.”

O envolvimento emocional positivo dos pais (bonding positivo) com o bebê é tanto maior, quanto foi possível a sua presença no nascimento, sendo “a proximidade e o contacto com o bebê suscetíveis de beneficiar o bonding ao passo que a separação ou a não presença do bebê podem entravá-lo ou mesmo impossibilitá-lo” (Figueiredo, Marques, Costa & Pacheco, 2005b, p.301). Pelo que o investimento afetivo dos pais é fundamental para a qualidade dos cuidados e da interação com o RN e, por conseguinte, determinante no desenvolvimento e bem-estar da criança. “Paradoxalmente, sabe-se muito pouco acerca das emoções que os pais dirigem ao bebê, do modo como se constrói e evolui o vínculo parental com o recém-nascido e das semelhanças e diferenças que possa haver entre mães e pais neste processo” (Brazelton & Cramer, 1993, p.41).

Segundo um estudo de Figueiredo et al. (2005b) para verificar o envolvimento emocional inicial dos pais com o filho constatou-se que, embora não seja muito diferente o envolvimento emocional das mães e pais em relação ao RN, denota-se que as mães apresentam pior envolvimento emocional inicial com este do que os pais. As mães sentem-se significativamente mais tristes, possessivas e receosas e estão menos vinculadas ao RN do que os pais, 48 horas depois do parto, provavelmente pelo sofrimento e ansiedade gerada pelo TP. Ao contrário, para o pai a experiência do TP pode ser até mais estimulante do que para a mãe, uma vez que ele não está sobre qualquer sofrimento físico e por isso tem, frequentemente, mais entusiasmo e uma visão mais clara da criança (Colman & Colman, 1994).

Alguns pais, só se sentem como tal quando ocorre o nascimento (Kitzinger, 1984; Freitas et al., 2007) uma vez que, durante a gravidez somente o corpo materno suporta, transforma-se e

sente o bebé, estes ficam privados dessa realidade corporal, podendo apenas palpar com as suas mãos a barriga quando se está a mexer (Felizardo et al., 2010). Pelo que, pode surgir um sentimento irreal relacionado com a falta de provas visíveis do bebé que vai nascer e o desejo de criar uma ligação emocional com ele.

Contudo, é no contacto com o RN que o pai normalmente toma consciência do seu aspeto visual e apercebe-se das características que o diferenciam, dando ênfase àquelas que consideram mais parecidas consigo próprio. Isso leva-o a perceber o RN como se fosse perfeito e surge, um forte sentimento de atração por ele, que o faz dispensar-lhe atenção e, vivenciar sentimentos de profunda auto-estima e satisfação (Waley & Wong, 1989).

Estudos de Heinonen (1987) referem que os pais devem passar algum tempo com os seus filhos RN, o mais precocemente possível e, ser-lhes dada a oportunidade de participar nos cuidados ao seu filho, pois cuidar é o maior impulsionador da ligação do pai com o RN (citado por Vehvilainen-Julkunen & Liukkonen, 1998). À semelhança, Keller, Hildehandt e Richards (1985) comparou um grupo de pais que manteve contacto prolongado com o RN no período pós-parto imediato, com um grupo que manteve o contacto habitual e verificou que nas primeiras seis semanas após o nascimento os primeiros estavam mais empenhados na tarefa de cuidar e registavam valores mais altos de auto-estima.

Por conseguinte, cada pai vivencia o envolvimento emocional com o RN de diferentes maneiras. Pereira (2009) verificou que são mais os pais que pegam ao colo o RN após o seu nascimento e o acalmam, do que os que cortam o cordão umbilical. Foi verificado, ainda, que nenhum pai participou no banho, nem no vestir do RN e, apenas alguns colaboraram na colocação da fralda. Brandão (2009) encontrou uma percentagem superior de pais a cortarem o cordão umbilical e que esta ação parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai/RN (Figueiredo et al, 2005b; Ribeiro, 2005; Nogueira, 2011). O corte do cordão umbilical ao ser realizado pelo pai pode ser considerado um rito de passagem, por representar a ligação do binómio mãe-filho e, ao ser cortado, dá-se a separação do corpo do filho do corpo da mãe e o início de uma responsabilidade partilhada (Jardim & Penna, 2012).

A vinculação precoce do pai com o RN, também, é vantajosa para o RN. A este propósito, Balancho (2004) apoia-se em investigações recentes para indicar que logo após o nascimento, a atividade calorosa e lúdica do pai como cuidador proporciona ao RN uma melhor regulação e controlo do comportamento e das emoções, ao mesmo tempo em que este põe em ação uma vasta gama de comportamentos (tais como, chorar, sorrir, seguir visualmente), que impulsionam a sua ligação com o progenitor (Bowlby, 1958/1976).

2.1.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o recém-nascido

A família é uma das instituições mais importantes da sociedade, pois a maioria das pessoas tem mais contacto com esse grupo social, do que com qualquer outro. O EESMO assume junto da parturiente/pai um papel de extrema responsabilidade e importância, ao mesmo tempo em que as suas ações e intervenções têm um elevado impacto ao reconhecer a unidade familiar como foco do seu atendimento.

Desse modo, no processo de assistência ao TP os profissionais de saúde e as instituições hospitalares têm um papel fundamental, dado que podem ser agentes facilitadores ou trazer inúmeras barreiras que podem dificultar a vivência positiva do casal neste momento único. Segundo o Regulamento de Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em ESMO e Ginecológica da OE (2011), o potencial alvo dos cuidados do EESMO, já não se centra apenas na mulher, mas também no homem, convivente significativo, pai, embrião/feto/RN, casal, família e comunidade.

O nascimento, já não é uma questão somente da mulher, mas tem vindo a tornar-se um assunto em que os homens estão a ser encorajados a tomar parte (Vehvilainen-Julkunen & Liukkonen, 1998). A participação dos pais no nascimento trouxe o núcleo familiar para o ambiente hospitalar, o que constitui um desafio à prestação de cuidados e à possibilidade de construir uma assistência atenta e de qualidade no nascimento (Carvalho, 2003).

O parto é muitas vezes vivido como um momento crítico, desconhecido e imprevisível, sobre o qual não se tem controlo (Maldonado, 2002). Nesse contexto, é importante compreender que, embora o pai atualmente ocupe um lugar de referência familiar e emocional para a parturiente/RN durante o TP, ele também está emocionalmente envolvido no processo, pelo que não tem necessariamente de ser responsável pelo cuidado dispensado à parturiente (Nogueira, 2011). Da mesma forma, segundo Moreira (2000), tal facto, não implica que o pai de hoje se sinta preparado para esse acontecimento.

De acordo com um estudo de Martins et al. (2006), a vivência do pai enquanto acompanhante é influenciada pela forma como decorre o TP e parto, representando o sofrimento da parturiente um grande impacto. O facto de o pai lidar com situações emocionalmente desgastantes durante o TP como: as contrações dolorosas; o mal-estar da parturiente; responder às necessidades desta; o tempo de espera variável; a ambiguidade entre exigirem

muito de si ou renegá-lo para um canto; o medo de surgir alguma complicação/acidente crítico; o possível enfrentamento com a equipa obstétrica e o ver pela primeira vez o seu filho (Colman & Colman, 1994) podem comprometer a vivência do nascimento do seu filho.

À semelhança, Taborda, Pedro e Gregório (2010) num estudo referente às expectativas e experiências de pais nos partos distócicos, via vaginal, explanou que estes experienciam sentimentos positivos e negativos que nem sempre vão de encontro ao que idealizavam. O ideal seria o pai vivenciar experiências positivas, presenciar o TP num espaço com privacidade, participar ativamente no mesmo e ser esclarecido e incluído em todo o processo por profissionais de saúde eficientes. E quanto maior for o envolvimento do pai durante o TP, melhor é a sua experiência e maior é a sua confiança no seu papel paterno (Greenhalgh, Slade & Spiby, 2000).

No entanto, opai muitas das vezes sente-se como um intruso ou elemento perturbador. Esses sentimentos são mais frequentes quanto menor for a informação fornecida (Nunes, Neves & Araújo, 2009) e quanto maior for a imprevisibilidade, o risco associado ao parto e, a obrigatoriedade da sua presença (Martin et al., 2006). O desconhecimento dos profissionais de saúde em como envolvê-lo nos cuidados, do que se espera que ele saiba ou sinta, causam muitas vezes, vivências negativas no pai que acabam por refletir-se na companheira (Felizardo et al., 2010).

Genesoni e Tallandini (2009) relatam sete estudos que avaliaram a experiência do pai durante o TP e que revelam, também frequentemente sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo. O pai não esperava a exigência do TP e com frequência sentia-se deslocado, vulnerável e com necessidade de apoio psicológico. Estes sentimentos devem-se essencialmente: ao inadequado tratamento dispensado pela equipa de obstetrícia; à ausência de informação sobre o desenvolvimento do TP; às orientações confusas a respeito de como eles devem proceder; o excesso de informação técnica; o não poder demonstrar os seus sentimentos/medos à parturiente e exigir-lhe apenas ser provedor de apoio moral (Chandler & Field, 1997; Nogueira, 2011).

Os resultados do estudo de Motta e Crepaldi (2005) sobre o pai no parto e apoio emocional pela perspetiva da parturiente demonstram que quanto mais integrado for o trabalho da equipa com o acompanhante, maior será a possibilidade de participação deste. Deste modo, o EESMO deve estar desperto para esta realidade porque, apesar de, na literatura enumerarem diversas vantagens para a tríade mãe/pai/RN com a presença do pai no TP é necessário que este possua formação que lhe permita a vivência de uma experiência positiva e gratificante

(Nogueira & Ferreira, 2012), geradora de maior admiração pela parturiente e sensação de satisfação com a chegada do RN. É também fundamental, proporcionar maior formação ao pai, pois à exceção do CPPP, o pai tem poucas oportunidades para se preparar para o seu papel (Ferreira et al., 2009).

Dessa forma, ao valorizar a forma como o pai desenvolve os cuidados com a parturiente e ao oferecer-lhes orientações, a equipa promove um apoio emocional mais efetivo e, oferece-lhe a possibilidade de se envolver mais ativamente durante o TP. O EESMO deve procurar ter: respeito pelas expectativas relacionadas com o TP e com o projeto de maternidade/paternidade; estabelecimento de uma relação terapêutica; empenho para capacitar a tomada de decisão e da ação; envolver os conviventes significativos como clientes individuais no processo de cuidados e criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do processo de assistência de saúde (OE, 2011). Uma atenção personalizada específica às necessidades pode tornar a vivência do TP mais satisfatória e tranquila, dado que a parturiente/pai não temem apenas a dor, a duração do TP e o bem-estar fetal/RN, mas, receiam também o modo como serão atendidos, informados e tomados em conta as suas decisões (Ferreira et al., 2009).

De acordo com um estudo realizado por Dellman (2004) os pais identificam os profissionais de saúde como a principal fonte de informação, expressando a necessidade de maior apoio e garantia de que estão a fazer corretamente para apoiarem as suas companheiras durante o TP. Também referem, a necessidade de mais informação acerca dos sentimentos que poderão experienciar durante o TP e parto, depois do nascimento e durante o internamento da parturiente/RN no puerpério (Draper, 2002).

Os cuidados realizados pelo EESMO devem iniciar-se o mais precocemente possível, a fim de contribuírem para a diminuição da ansiedade do casal durante o nascimento (Carvalho et al., 2009). Ao fortalecer a autoconfiança do pai, favorece-se que este se sinta competente e incentivado a aprender e participar de forma ativa. A forma de incentivar esta autoconfiança consiste em fornecer aos pais informação e apoio, pois quando estes entram no processo de paternidade com conhecimentos e expectativas realistas enfrentam com maior sucesso as dificuldades (Edwards, 2002).

Ao EESMO compete ainda, a responsabilidade de garantir todos os esclarecimentos e mostrar disponibilidade para ouvir. Deve procurar conhecer o grau de conhecimento e preparação do pai de forma a adequar a informação fornecida a cada etapa do TP, incentivar a sua participação e dar a conhecer as vantagens da sua presença. Dessa forma, transforma o

momento do parto em uma experiência positiva para os dois (Colman & Colman 1994; Nascimento, 2003), favorece o desenvolvimento do vínculo afetivo da tríade e a vivência da parentalidade (Genesoni & Tallandini, 2009; Nogueira & Ferreira, 2012).

Só se pode caminhar na excelência da qualidade dos cuidados quando prestador e cuidadores se compreendem mutuamente e há uma efetiva preocupação em satisfazer as necessidades reais de cada utente. Quanto maior for a cumplicidade entre o EESMO e o pai, maior será a possibilidade de participação do pai (Motta & Crepaldi, 2005; Mazzieri & Hoga, 2006).

Para fomentar a promoção da participação do pai no TP, o acolhimento realizado pelo EESMO deve ser um processo contínuo e complexo, onde a orientação e informação fornecida deve ser uma constante para que os pais se sintam como parte do processo e não como meros espectadores. “O acolhimento ideal não é o que uniformiza, mas o que personaliza, em uma diferença para com outrem” (Chauchard, 1973, p. 141). São processos relacionados com as competências dos profissionais, as qualidades comunicacionais e individuais de cada um e implica o estabelecimento de uma relação humana, baseada na comunicação, disponibilidade e atenção (Nunes et al., 2009).

Paralelamente às qualidades comunicacionais e individuais, o EESMO deve possuir qualidades específicas como profissionais de saúde especializados com os vários alvos de intervenção nos diferentes momentos de atuação da sua prática de cuidados. Relativamente à sua intervenção no envolvimento do pai, deve possuir competências que promovam a criação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar, de vinculação e de suporte emocional e psicológico à parturiente/pai/RN (OE, 2011).

Os profissionais de saúde e as instituições devem proporcionar informação adequada, acessível e pertinente, para que o pai a utilize de forma eficaz, bem como valorizar os seus conhecimentos e competências. Segundo Sanchez, Ramos e Marset (2000) podem observar-se três gerações da Educação Para a Saúde (EPS):

- EPS de primeira geração - informativa, a comunicação é unidirecional e a falta de informação origina comportamentos não saudáveis;
- EPS de segunda geração - centrada no comportamento, a comunicação é bidirecional, no entanto, o papel do cliente é passivo. Importante não só informar, mas modificar comportamentos, identificar grupos de risco e importância dos fatores socioculturais;
- EPS de terceira geração – crítica requer uma comunicação simétrica que visa a participação do cliente. Pretende-se capacitar o cliente para que seja capaz de identificar

necessidades e/ou problemas e utilizar recursos para solucioná-los, de forma a haver transformação de comportamentos e resolução de necessidades/problemas.

Considera-se que esta última EPS será a mais adequada para promover a participação ativa do pai durante o TP e favorecer a tríade. No entanto, é necessário ter em conta que a EPS é uma medida que só se torna eficaz no processo global de promoção e qualidade em SMO quando coexiste com outras medidas complementares.

Após o nascimento, e considerado um momento único no processo de vinculação, o EESMO teve a oportunidade de dar ao pai a possibilidade de cuidar do seu filho, envolvendo-o nos cuidados imediatos ao RN. Pereira (2009) no estudo sobre as práticas de Enfermagem que promovem o envolvimento emocional do pai com o filho, na perspetiva dos pais, verificou que estes consideram como muito importante ou extremamente importante: pegar ao colo, contacto pele-a-pele no ventre materno, tocar e acariciar, amamentação, acalmar e olhar para o RN.

A prática de oferecer ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical do RN na hora do nascimento promove o envolvimento emocional do pai com este e torna o pai participante ativo em todo o processo (Waldenström, 1999). Para o pai, o corte do cordão umbilical gera medo e apreensão por desconhecer como e onde cortar e receio em magoar o RN. Mesmo que seja um ato simples para o EESMO que assiste o parto, para o pai é um momento único e também de superação pessoal (Jardim & Penna, 2012), sendo crucial uma preparação prévia para o ato.

Apesar de vários estudos indicarem vantagens no acompanhamento do pai durante o TP, no contexto atual em que a qualidade da assistência à saúde tem sido palco de constantes críticas por deficiências em diversos fatores, a participação do pai ganha importância como agente fiscalizador para alguns profissionais de saúde. O estudo realizado por Pinto et al. (2003), através de observações e entrevistas realizadas a 24 profissionais (equipa multidisciplinar) sobre a sua experiência com o pai no Bloco de Partos, identifica que os profissionais têm crenças e valores negativos em relação ao pai, pela possibilidade de os mesmos interferirem com as suas ações e questionarem condutas (Bruggemann, Osis & Parpielli, 2007; Nassif, 2009).

2.2. Metodologia

O EESMO exerce um papel primordial na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP. Quanto maior for a cumplicidade entre o EESMO e o pai, maior será a possibilidade de participação do pai (Motta & Crepaldi, 2005; Mazzieri & Hoga, 2006) e a qualidade do acompanhamento para a tríade.

Para tal, procedeu-se ao estabelecimento de objetivos e linhas orientadoras que visam uma participação ativa do pai em cada estágio do TP, através da intervenção do EESMO adequada às necessidades específicas de cada pai.

2.2.1. Objetivos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Para o desenvolvimento da intervenção junto do pai durante o acompanhamento da parturiente/RN no Bloco de Partos foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo geral – Promover a participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

Objetivos específicos:

- Identificar o conhecimento do pai relativamente à sua participação no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP;
- Compreender a participação do pai no apoio à parturiente durante os diferentes estádios do TP e na interação promotora da vinculação ao RN;
- Compreender a perceção do pai sobre as práticas do EESMO promotoras da sua participação no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP.

2.2.2. Plano de intervenção

Com vista a definir rigorosamente a intervenção do EESMO durante o acompanhamento do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP, foram delineadas linhas orientadoras que visaram nortear a prática de cuidados em função dos objetivos definidos.

De forma, a obter uma intervenção consistente e com uma produção efetiva de resultados, foi indispensável determinar o grupo de pais sujeitos à intervenção. Os pais foram selecionados através de um método de amostragem não probabilístico ou intencional acidental obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: aceitação do pai para participar; acompanhamento da

parturiente/RN durante o TP; parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps e tempo mínimo de contacto do EESMO que dirige a intervenção com o pai de 4/6 horas, independentemente dos estádios de TP presenciados.

Ao longo do plano de intervenção do EESMO foram respeitadas as questões éticas e assegurados os princípios de não maleficência, respeito pela privacidade, consentimento informado, confidencialidade e anonimato, assim como foi praticada uma abordagem rigorosa e precisa exigida em investigação em saúde. Antes da realização da atividade, teve-se em conta o parecer favorável, solicitado à Comissão de Ética do ULSAM (Anexo A).

A intervenção do EESMO junto do pai foi constituída em três momentos.

- **Primeiro Momento – Diagnóstico de situação**

A intervenção do EESMO iniciou-se no momento em que foi estabelecido o primeiro contacto com o pai no Bloco de Partos e podia ser em qualquer um dos estádios do TP da parturiente. Neste primeiro momento e, após a apresentação do EESMO, foi efetuada ao pai a proposta de participação de forma livre através do consentimento informado (Apêndice A) e, realizado o diagnóstico de situação com definição do plano de ação ajustado às necessidades/expectativas e conhecimento cognitivo baseado no “saber” e conhecimento cognitivo aplicado na prática “saber fazer” específico de cada pai durante o apoio à parturiente e na interação com o RN, através de uma entrevista e, de acordo com as seguintes medidas: suporte emocional, medidas de conforto, companhia, auxiliar e defesa da parturiente e interação com o RN (Apêndice D).

De acordo com os dados obtidos, o EESMO interveio com momentos de formação/informação junto do pai.

- **Segundo Momento – Tempo de observação da participação do pai**

Neste momento realizou-se a observação da participação do pai segundo o referencial teórico de May (1980) como pai-expectante: expressivo, instrumental ou observador e relativamente ao suporte emocional, medidas de conforto, companhia, auxiliar e defesa da parturiente (adaptada em função dos autores Martins et al., 2006 e Lowdermilk & Perry, 2008) e na interação com o RN. Esta observação teve como base uma grelha de observação (Apêndice B). A finalidade deste instrumento em conjunto com as notas de campo, foi analisar continuamente a participação do pai ao longo dos diferentes estádios do TP e, face a isso, determinar e adequar a necessidade de intervenção do EESMO. A participação do pai foi registada num único momento de observação segundo a seguinte classificação: iniciativa própria (o pai participa sem a intervenção do EESMO), por incentivo do EESMO (o pai

participa após intervenção do EEESMO, mesmo que depois desta participe por iniciativa) e ausência de participação (o pai não participa nem por iniciativa, nem após intervenção do EEESMO), ao longo dos quatro estádios.

Seguidamente à definição de cada estágio do TP, apresentam-se as possibilidades do pai participar ativamente em cada um deles.

- 1.º Estádio de TP

Este estágio inicia-se com as contrações uterinas regulares e dolorosas e termina com a dilatação completa do colo (Lowdermilk & Perry, 2008). Normalmente, é o período mais longo do TP e a parturiente pode apresentar desconforto e dor associada à contratilidade uterina, de acordo com a capacidade de controlo da dor e eficácia de medidas não farmacológicas e farmacológicas utilizadas. O pai pode participar nas medidas de conforto, relaxamento e alívio da dor, apoio emocional através de reforços positivos verbais e não-verbais, companhia, auxiliar e defesa da parturiente, da seguinte forma:

- Fornecer suporte físico, emocional e psicológico, encorajando através de reforços positivos verbais e não-verbais, de forma a ajudar a parturiente a manter níveis de ansiedade e medo adequados;
 - Expressar gestos de afeto, através do toque e palavras de carinho.
- Ajudar a parturiente com medidas de conforto, através de: massagem para alívio de tensão na cabeça, mãos, costas e pés; alternância de decúbitos; regulação da luminosidade e da temperatura ambiente adequada à parturiente;
 - Aliviar a sudorese, através do recurso a compressas frias para alívio desse desconforto, aproximação de água ou bebidas sem sedimento em doses adequadas e permitidas durante o TP e/ou batom hidratante;
 - Ajudar a parturiente com medidas de alívio de dor e relaxamento muscular controlado, através de: técnicas de respiração (respiração guiada, abdominal e ritmada lenta, e modificada); massagens (effleurage, contrapressão na região sagrada e de pressão na região sacrocóccigea); técnicas de distração e concentração (imaginação guiada, visualização e utilização de pontos de atenção); adoção de posições mais confortáveis para a parturiente e toque.
- Auxiliar a parturiente, aproximando objetos e ajudando-a a acomodar-se na cama e/ou alternar de decúbito;
 - Auxiliar a parturiente na adoção de decúbitos que promovam o conforto e maximizem o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal.

- Realizar companhia à parturiente, combatendo a sensação de solidão, ansiedade e medo num ambiente estranho;
- Servir de defesa da parturiente e ser intermediário entre esta e a equipa, interpretando as suas necessidades e desejos e traduzindo-as à equipa e/ou vice-versa.

- 2.º Estádio do TP

Este estágio decorre desde dilatação completa do colo até ao nascimento do feto. (Lowdermilk & Perry, 2008) Comparativamente ao estágio anterior é menos demorado e gera estados de ansiedade, stress e medo à parturiente, por depender quase exclusivamente da eficácia dos seus esforços expulsivos. Tal facto, pode produzir momentos de bloqueio na parturiente, causados pelo cansaço e conduzir à ineficácia dos esforços expulsivos e maior dificuldade na sua participação durante o TP.

A participação do pai passa essencialmente por fornecer apoio emocional, incentivar e ajudar na realização dos esforços expulsivos. Dada a similitude deste estágio com o anterior, mantém-se a mesma conduta acrescentando-se apenas os aspetos específicos relativos a este estágio, através das seguintes medidas:

- Fornecer suporte físico, emocional e psicológico, encorajando a parturiente a retomar o padrão de respiração e concentração se apresenta sinais de exaustão e aceitar a dificuldade desta para seguir as recomendações;
- Auxiliar a parturiente a:
 - Realizar esforços expulsivos através do controlo da respiração (permitir as trocas gasosas e o aporte de oxigénio ao feto) e da postura (evitar a contração de outras zonas corporais e posturas que provoquem mal-estar materno);
 - Incentivar a parturiente a iniciar esforços expulsivos através da indicação no registo no CTG, quando a parturiente não é capaz de perceber as contrações.

- 3.º Estádio do TP

Este estágio decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta (Lowdermilk & Perry, 2008). É um momento de embriagamento emocional, pelo desejo de ter em mãos e observar o bebé real. O pai pode participar através de reforços positivos e gestos de afeto, do registo do momento e comunicação da notícia de nascimento e início da interação precoce com o RN, através das seguintes medidas:

- Celebrar com a parturiente o nascimento do RN, através de gestos de afeto e reforços positivos pela sua prestação durante o TP;

- Registrar o momento através da expressão verbal/não-verbal;
 - Comunicar a notícia do nascimento a familiares e/ou pessoas significativas.
- Iniciar a promoção da interação precoce com o RN, através do toque, gestos e palavras de afeto;
 - Cortar o cordão umbilical.
- Implementar junto da parturiente medidas de apoio em situações temporárias de afastamento do RN, quando este necessite de outras manobras realizadas na sala de reanimação e/ou ser observado pelo pediatra/neonatalogista.

- 4.º Estádio do TP

Este estágio é o período de recuperação imediata, correção da episiotomia (se se aplica) e restabelecimento da hemóstase até 2 horas após a expulsão da placenta (Lowdermilk & Perry, 2008). É um momento de mais tranquilidade e de adoração do RN, que permite que se estabeleçam os primeiros laços de afeto e de interação entre a tríade.

Prende-se essencialmente com a regulação do estado hemodinâmico da parturiente, da primeira mamada do RN e da prestação de cuidados a ambos. Pelo que o pai pode participar no apoio à parturiente e na prestação de cuidados ao RN, através das seguintes medidas:

- Continuar com a promoção da interação precoce com o RN, através do toque, gestos e palavras de afeto;
 - Assistir à monitorização do peso corporal do RN;
 - Pegar no RN ao colo;
 - Vestir parcialmente ou na totalidade o RN;
 - Identificar semelhanças físicas do RN com progenitores e outros familiares.
- Colaborar na ajuda e apoio emocional à parturiente durante o período de amamentação, na identificação de sinais de pré-mamada, no reconhecimento de comportamentos característicos do RN, na adoção da postura adequada na manifestação de reforços positivos verbais e não-verbais;
 - Partilhar sentimentos e gestos de afeto com a parturiente.

• **Terceiro Momento – Avaliação da intervenção do EESMO junto do pai**

De forma a conhecer as vivências do pai como acompanhante durante o TP relativamente ao apoio à parturiente e na interação com o RN, aos momentos mais relevantes e conhecer a perceção do mesmo acerca das intervenções do EESMO promotoras da sua participação

procedeu-se à realização de uma entrevista semiestruturada no final da intervenção do EESMO.

A entrevista é composta por um guião semiestruturado (Apêndice C) e realizou-se no final do quarto estágio, ou em outro momento negociado com o pai durante o internamento no puerpério. Esta foi realizada fora do espaço onde permanecia a parturiente de forma, a evitar que a presença desta comprometera ou limitara o pai na livre expressão acerca da experiência como acompanhante durante o TP. Durante a realização da entrevista foram respeitadas as questões éticas, com a garantia da confidencialidade da informação gravada, do anonimato e proteção dos dados.

2.3. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Neste subcapítulo serão apresentados, analisados e discutidos os resultados de acordo com as três etapas de intervenção do EESMO.

Considera-se pertinente iniciar com a caracterização sociodemográfica dos pais participantes no apoio à parturiente e na interação com o RN (Quadro 1).

Quadro nº 1 - Caracterização sociodemográfica dos pais participantes

Pai	Idade	Estado civil	Habilitações literárias
P1	37	Casado	Secundário
P2	42	Casado	Básico (6.ºano)
P3	37	Casado	Licenciatura
P4	33	Casado	Bacharelato
P5	33	Casado	Básico (9.º ano)
P6	24	Solteiro	Básico (9.º ano)
P7	34	Casado	Licenciatura
P8	32	Casado	Básico (6.º ano)
P9	38	Casado	Secundário

Nota: N = Nove pais participantes.

Participaram nove pais participantes, com idades compreendidas entre os 24 e os 42 anos, centrando-se sete pais na faixa etária dos 30-40 anos e um na faixa etária dos 24 e 42 anos.

Dos nove pais participantes oito estavam casados e um solteiro que não vivia maritalmente com a parturiente.

A nível das habilitações literárias dos pais, quatro frequentaram até ao ensino Básico, sendo que destes, dois completaram o ensino obrigatório e os outros dois não. Dois pais possuem o Secundário, dois pais a Licenciatura e um pai o Bacharelato. Tal resultado pode dever-se às diferenças geográficas, socioculturais e económicas na acessibilidade ao ensino entre a zona rural e urbana do concelho de Viana do Castelo.

Relativamente ao envolvimento do pai participante durante a gravidez, este interveio através da presença nas consultas Pré-natal, ecografias, CPPP e da interação com o bebé imaginário, como se pode verificar no Quadro 2.

Quadro nº 2 - Momentos de envolvimento dos pais participantes durante a gravidez

Momentos de envolvimento dos pais participantes durante a gravidez		N
Consulta Pré-natal	Sim	8
	Não	1
Ecografias	Sim	8
	Não	1
Interação com o bebé imaginário	Sim	7
	Não	2
CPPP	Sim	3
	Não	6

Nota: N = Nove pais participantes.

Oito dos pais participantes acompanharam a grávida às consultas Pré-natais e na realização das ecografias de vigilância da gravidez e um dos pais não acompanhou a parturiente. Na interação com o bebé imaginário durante a gravidez, sete dos pais participantes interagiram através do toque e do estabelecimento de diálogo com a barriga da grávida e dois deles não realizaram nenhuma tentativa para estabelecer essa interação. Três dos pais participantes frequentaram o CPPP e seis não frequentaram pela incompatibilidade de conciliar o horário laboral com o horário do CPPP e pela ausência, destes cursos, nos CS da área de residência.

Os resultados encontrados são semelhantes aos obtidos no estudo de Draper (2003) e Nogueira (2011), em que os pais cada vez mais se identificam como um casal grávido desde o início da gravidez e procuram ter um papel ativo através da participação nas consultas de vigilância de gravidez durante o TP e no nascimento de um filho, com exceção da participação nos CPPP, em que os pais participantes frequentaram menos comparativamente a

estes estudos. O acompanhamento às consultas Pré-natal e ecografias, segundo Nogueira e Ferreira (2012) também parece ser importante para a vinculação pré-natal com o bebê ao tornar-se mais real pela auscultação dos batimentos cardíacos e a visualização nas ecografias.

• Primeiro Momento – Diagnóstico de situação

No primeiro momento de intervenção do EESMO através do diagnóstico de situação, verificou-se que os pais participantes necessitaram de formação/informação como participar durante o acompanhamento da parturiente nas medidas de suporte emocional, medidas de conforto, auxiliar, companhia e defesa da parturiente e na interação com o RN. Os pais participantes exibiram três possibilidades de conhecimento relativamente a estas medidas: saber cognitivo aplicado na prática (“saber fazer”), saber cognitivo (“saber”), e ausência de conhecimento, como se confirma no Quadro 3.

Quadro nº 3 - Conhecimento dos pais participantes relativos às medidas de apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP

Medidas no apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP		Conhecimento		
		Sim		Não
		Saber fazer	Saber	
Suporte emocional	Reforços positivos verbais e não-verbais	5	3	1
Medidas de conforto	Técnicas de relaxamento/alívio da dor	3	4	2
	Effleurage	0	3	6
Companhia à parturiente	Permanência 24h	4	3	2
Auxiliar da parturiente	Decúbitos que maximizam o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal	4	3	2
	Realização de esforços expulsivos	3	4	2
	Técnica correta da amamentação	4	2	3
Defesa da parturiente	Direito a perguntar/pedir esclarecimentos/retirar dúvidas	4	3	2
Interação como RN	Corte cordão umbilical	1	6	2
	Registo do momento através da expressão verbal/não-verbal	4	4	1
	Colocação da fralda ao RN	2	3	4
	Vestir RN	3	3	3

Nota: N = Nove pais participantes.

Como se podem verificar, sete dos pais participantes conheciam a possibilidade de realizar companhia e defesa à parturiente. Destes pais, quatro possuíam conhecimento no “saber fazer”, três conhecimentos no “saber” e dois dos pais desconheciam completamente o direito de permanecer junto da parturiente 24 horas e o de perguntar/pedir esclarecimentos/retirar dúvidas.

Estas necessidades resultaram em menos intervenção do EESMO provavelmente por algumas destas medidas serem inatas em um indivíduo que apresenta um vínculo familiar, conjugal e emocional com uma pessoa que vivencia um momento que pode acarretar dor e sofrimento e, também, da possibilidade de divulgação deste tipo de informação aos pais.

No suporte emocional, oito dos pais detinham conhecimento, sendo que cinco revelaram conhecimento no “saber fazer” e três conhecimentos no “saber”. Um pai desconhecia a possibilidade de apoiar emocionalmente a parturiente. No estudo de Martim et al. (2006), também, se confirma uma adesão importante dos pais no suporte emocional da parturiente e nos estudos de Nakano et al. (2007) e de Tomeleri et al. (2007) referem que a presença do pai no Bloco de Partos além de propiciar apoio emocional, oferece tranquilidade e incentivo à parturiente.

Nas medidas de conforto dos nove pais participantes, três possuíam conhecimento no “saber fazer” para realizar técnicas de relaxamento/alívio da dor, quatro possuíam apenas conhecimento no “saber” e dois desconheciam por completo as técnicas. Sobre a massagem effleurage à parturiente os nove pais participantes desconheciam como executar esta técnica, sendo que destes, três pais estavam informados que se poderia utilizar como medida de conforto e seis desconheciam completamente a técnica.

Dos nove pais participantes como auxiliar da parturiente, sete detinham conhecimento na adoção de decúbitos que maximizem o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal e na realização de esforços expulsivos. Na primeira medida quatro revelaram conhecimento no “saber fazer”, três pais revelaram conhecimentos no “saber” e dois desconheciam quais os decúbitos que maximizavam o fluxo sanguíneo. Na segunda medida, quatro pais participantes tinham conhecimento no “saber”, três no “saber fazer” e dois desconheciam que podiam auxiliar a parturiente na realização de esforços expulsivos. Seis pais participantes conheciam a técnica correta de amamentação e destes quatro sabiam como e o que fazer na prática para a técnica correta e dois só apresentaram conhecimento no “saber”. Os outros três pais participantes ignoravam a técnica.

Na interação com o RN, dos nove pais participantes, oito necessitaram de intervenção/formação para o corte do cordão umbilical, sendo que seis destes pais possuíam conhecimento no “saber” e dois desconheciam por completo como proceder com o corte do cordão umbilical. O corte do cordão umbilical pode gerar receio/medo no pai participante em parte, porque comina no momento imediatamente após o nascimento do RN e segundo um estudo de Jardim e Penna (2012), este procedimento gera medo e apreensão no pai por desconhecer como e onde cortar e receio em magoar o RN.

Ainda na interação com o RN, sobre o registo do momento através da expressão verbal/não verbal, oito pais participantes possuíam conhecimento, sendo que quatro pais participantes mostraram conhecimento no “saber fazer” e quatro conhecimentos no “saber”. Um dos pais não tinha conhecimento sobre como expressar-se no registo do momento do nascimento. Cinco dos pais participantes possuíam conhecimento sobre a colocação da fralda ao RN, sendo que dois detinham conhecimento no “saber fazer”, três conhecimentos no “saber” e quatro pais não tinham nenhum tipo de conhecimento sobre colocar a fralda ao RN. No vestir o RN verificou-se que: três pais tinham conhecimento e sabiam como vestir o RN; três estavam informados que podiam vestir o RN, mas não sabiam como o fazer e três desconheciam completamente como vestir o RN.

Tal como no estudo de Pereira (2009) em que nenhum pai vestiu o RN e alguns colocaram a fralda, o vestir o RN e colocar a fralda, também, tiveram pouca adesão do pai durante a interação com o RN. No entanto, considerou-se pertinente o envolvimento do pai nos cuidados de higiene parcial do RN, na colocação da fralda e informação relativa aos cuidados de proteção do cordão umbilical. O pai ao assistir ao parto e ao colaborar nos cuidados imediatos prestados ao RN vai aprendendo sobre si próprio e ao mesmo tempo vai conhecendo o seu filho, pois este traz consigo competências que lhe permitem interagir com o meio e com as pessoas que o rodeiam (Brazelton & Greenspan, 2002).

• Segundo Momento – Tempo de observação da participação do pai

No segundo momento da intervenção do EESMO, os resultados segundo a grelha de observação aplicada ao pai participante mostraram que este apresentou dois tipos de participação como pai-expectante, como seguidamente se atesta (Quadro 4).

Quadro nº 4- Tipo de pai expectante consoante a participação durante o TP

Tipo de pai-expectante	N
Expressivo	7
Instrumental	2
Observador	0

Nota: N = Nove pais participantes.

Sete dos pais apresentaram uma participação do tipo pai-expectante expressivo com envolvimento a nível emocional e comportamental, revelando conhecimento da importância dessa transição e o desejo de partilhar, ainda que com limitações, necessitando de incentivo pontual do EESMO. Esta constatação vai de encontro à tendência, desde o século XX, do pai querer ter a sua própria experiência relativa ao nascimento e ao estudo de Motta e Crepaldi (2005) sobre o pai no parto e apoio emocional pela perspectiva da parturiente, que demonstra que, quanto mais integrado for o trabalho da equipa com o acompanhante, maior será a possibilidade de participação deste. Muitos homens têm apoiado ativamente a parturiente dentro da sala de parto, como têm mostrado um interesse crescente em interagir com o RN (Raphael-Leff, 1992).

Os outros dois pais participantes foram do tipo pai-expectante instrumental, por oferecerem suporte em questões práticas, embora não confortáveis para expressarem as suas emoções e sentimentos. Apesar de, apoiarem emocionalmente a parturiente e preocuparem-se com o bem-estar materno-fetal, estes pais encontraram-se apreensivos face às práticas durante o TP e necessitaram de maior intervenção e incentivo do EESMO para se envolverem e participarem. Estes resultados podem dever-se à dificuldade em lidar com situações ambíguas de ansiedade, receio e stresse com situações de alegria e entusiasmo que podem surgir ao longo do TP (Storti, 2004).

Não surgiu nenhum pai-expectante observador, parecendo crer que as expectativas do novo papel paternal não são compatíveis com o acreditar que a gravidez é uma ocorrência normal e da responsabilidade da mulher, ausência de envolvimento emocionalmente e de assistência voluntária. Por norma, estes pais recusam-se logo numa fase inicial serem os acompanhantes da parturiente e/ou delegam para outras pessoas significativas a oportunidade de estar presente durante o TP da parturiente.

Relativamente aos resultados de observação da participação do pai no apoio à parturiente relativamente às medidas de suporte emocional, medidas de conforto, companhia, auxiliar e defesa e na interação com o RN, obtiveram-se os seguintes dados (Quadro 5).

Quadro nº 5 - Medidas observadas na participação dos pais participantes no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP

Medidas de participação no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP		Participação			
		Sim		Não	Não se aplica
		Iniciativa	Incentivo		
1. Suporte Emocional	1.1 – Encorajou a parturiente através de reforços positivos verbais e não-verbais	9			
	1.2 – Segurou/deu a mão à parturiente	8		1	
	1.3 – Realizou toques de afeto/carinho à parturiente	8		1	
	1.4 – Pronunciou palavras de carinho	8		1	
	1.5 – Partilhou emoções e sentimentos com a parturiente	9			
	1.6 – Tranquilizou a parturiente ajudando-a a manter a calma	9			
	1.7 – Incentivou a parturiente a realizar manobras de respiração	1	8		
	1.8 – Implementou junto da parturientes medidas de apoio emocional em situações temporárias de afastamento do RN		1	8	
	1.9 – Celebrou com a parturiente o nascimento do RN	9			
2. Medidas de Conforto	2.1 – Realizou massagens para alívio da pressão na região lombar e sacrococcígea	1	2	6	
	2.2 – Ajudou a parturiente a alternar decúbitos	4	2	3	
	2.3 - Ajudou a parturiente a realizar as manobras de respiração para alívio da dor	3	4	2	
	2.4 – Aplicou pressão na região sacrococcígea			9	
	2.5 – Realizou massagens na região lombar			9	
	2.6 – Aplicou medidas de alívio da sudorese	3	4	2	
	2.7 – Preocupou-se por a temperatura ambiente estar adequada	3		6	
3. Companhia	4.1 – Permaneceu junto da parturiente	6	3		
	4.2 – Estabeleceu diálogo com a parturiente	9			
4. Auxiliar da parturiente	5.1 – Aproximou objetos	9			
	5.2 – Auxiliou a parturiente a acomodar-se na cama	3	3	3	
	5.3 - Ajudou a parturiente a adotar decúbitos que maximizem o fluxo uteroplacentário e renal	2	3	4	
	5.4 – Indicou à parturiente quando iniciar esforços expulsivos (quando não tem percepção das contrações)		2		7
	5.5 – Supervisionou com a parturiente a realização de esforços expulsivos	3	2	4	
	5.6 – Corrigiu a parturiente relativamente à respiração e postura	3	2	4	
	5.7 – Ajudou a parturiente a posicionar-se corretamente e ao RN durante a amamentação	2	3	3	1

Medidas de participação no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP		Participação			
		Sim		Não	Não se aplica
		Iniciativa	Incentivo		
5. Defesa da parturiente	6.1 – Levantou questões e/ou retirou dúvidas	8	1		
	6.2 – Serviu de intermediário entre a parturiente e a equipa e vice-versa	4		5	
	6.3 – Atuou como advogado na defesa do bem-estar materno-fetal	4		5	
6. Interação com o RN	7.1 – Cortou o cordão umbilical do RN	1	7	1	
	7.2 – Registou o momento através de expressão verbal/não-verbal	4	4	1	
	7.3 – Comunicou a notícia de nascimento a familiares e/ou pessoas significativas	9			
	7.4 – Realizou toques de afeto/carinho ao RN	8	1		
	7.5 – Assistiu à monitorização do peso corporal do RN	1	8		
	7.6 – Identificou semelhanças físicas do RN	9			
	7.7 – Vestiu o RN		4	4	1
	7.8 – Pegou no RN ao colo		8		1

Nota: N = Nove pais participantes.

No suporte emocional as medidas de: encorajou a parturiente através de reforços positivos verbais e não-verbais; partilhou emoções e sentimentos; tranquilizou a parturiente ajudando-a a manter a calma e celebrou com a parturiente o nascimento do RN, tiveram a participação dos nove pais participantes. A medida segurou/deu a mão, realizou toques de afeto/carinho e pronunciou palavras de carinho à parturiente, foi realizada por oito pais participantes, com iniciativa. Um destes pais não realizou nenhuma destas opções, mesmo após incentivo do EESMO. O incentivo à parturiente em realizar manobras de respiração foi realizado pelos nove pais participantes, sendo por iniciativa própria um dos pais e oito dos pais através do incentivo. A implementação junto da parturiente de medidas de apoio emocional em situações temporárias de afastamento do RN, apenas se aplicou a um dos pais e requisitou o incentivo do EESMO.

A participação dos pais participantes no suporte emocional pode dever-se a que a relação sentimental e conjugal com a parturiente seja positiva e satisfatória e que a decisão do seu acompanhamento durante o TP tenha sido uma decisão voluntária e em conjunto com a parturiente. Alguns estudos de Carvalho (2001) e Klaus, Kennell e Klaus (2000) demonstram que para a parturiente a participação do pai durante o TP significa uma fonte de apoio importante e estas avaliam a sua companhia de forma positiva, por trazer a sensação de segurança e conforto.

Nas medidas de conforto a ajuda na alternância de decúbitos foi praticada por seis pais participantes, sendo dois deles por iniciativa e quatro com incentivo. Sete dos pais ajudaram a

parturiente a realizar manobras de respiração para alívio da dor e alívio da sudorese com compressas frias e/ou aproximação de água ou bebidas sem sedimento, sendo que três deles por iniciativa e quatro por incentivo. A preocupação por a temperatura ambiente estar adequada foi alvo de atenção de três pais participantes por iniciativa. Seis dos pais não realizaram as massagens para alívio da pressão na região lombar e sacrocóccigea, sendo que um realizou por iniciativa e dois por incentivo. Os nove pais não aplicaram pressão na região sacrocóccigea nem realizaram massagens na região lombar.

No estudo de Santo e Bonilha (2000), alguns pais executavam também, de forma voluntária algumas medidas de conforto e após incentivo do EESMO aplicavam medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Relativamente à medida companhia, constatou-se que todos os pais participantes estabeleceram diálogo com a parturiente por iniciativa. A permanência junto desta foi realizada por seis pais por iniciativa, e de três por incentivo do EESMO. Estes resultados vão de encontro à atual participação dos homens no nascimento de forma quase universal e totalitária nos países industrializados (Dellman, 2004) e à vantagem duplamente compensadora da presença do pai: manter os laços com a parturiente e iniciar a transição para a parentalidade (Brazelton & Cramer, 1989).

O pai como auxiliar da parturiente atingiu uma participação ativa na maioria das intervenções possíveis para esta medida. Nove pais aproximaram por iniciativa própria os objetos à parturiente. No auxílio da parturiente a acomodar-se na cama, três dos pais foi com iniciativa, três com incentivo e três não auxiliaram. Na adoção de decúbitos que maximizassem o fluxo uteroplacentário e renal, dos cinco pais que ajudaram a parturiente, dois foi com iniciativa própria e três por incentivo e quatro pais participantes não ajudaram na adoção de decúbitos.

Quanto à indicação à parturiente quando iniciar esforços expulsivos (quando não tem percepção das contrações), verificou-se que dois pais participaram com incentivo do EESMO. Os restantes sete não indicaram quando iniciar esforços expulsivos porque não se aplicou (parturiente com percepção das contrações). Nas medidas de supervisão da parturiente a realizar esforços expulsivos e correção desta relativamente à respiração e postura, três dos pais participaram por iniciativa e dois por incentivo. Quatro pais não supervisionaram/treinaram e corrigiram a respiração e postura da parturiente durante o período expulsivo. Na ajuda da parturiente a posicionar-se corretamente e ao RN durante a amamentação, dois dos pais participaram por iniciativa, três com incentivo do EESMO e três não ajudaram, sendo que um destes se ausentou do Bloco de Partos durante esse período.

No estudo de Moreira (2000) sobre os fatores que influenciam a não presença do pai no momento de nascimento do filho, a maioria dos pais refere ser muito importante/importante a possibilidade de o pai estar presente pela necessidade de dar apoio e partilhar o momento com a parturiente, que foi traduzido pela participação ativa do pai na maioria das medidas como auxiliar da parturiente.

Na defesa da parturiente foram cinco os pais que não serviram de intermediários entre a parturiente e vice-versa e como advogados na defesa do bem-estar materno-fetal, comparativamente aos quatro que participaram por iniciativa. No levantamento de questões e/ou retirar dúvidas, oito dos pais participaram com iniciativa e um com incentivo do EESMO. Normalmente, o TP gera muitas questões e dúvidas ao pai por ser um acontecimento novo e este vê no EESMO um profissional de confiança que o pode ajudar a servir de intermediário e advogado da parturiente.

Na interação com o RN todos os pais participaram por iniciativa na comunicação da notícia de nascimento a familiares e/ou pessoas significativas e na identificação de semelhanças físicas com o RN. Realizaram toques de afeto/carinho ao RN, sendo oito por iniciativa e um por incentivo do EESMO, e ainda todos os pais participantes assistiram à monitorização do peso corporal do RN, sendo oito por incentivo e um por iniciativa. O registo do momento através de expressão verbal/não-verbal foi efetuado por quatro pais por iniciativa, quatro por incentivo e um dos pais não se expressou.

Ainda na interação com o RN, o corte do cordão umbilical, teve a participação de oito pais participantes, sendo que sete foram por incentivo, um por iniciativa e um não quis realizar o corte. Oito dos pais, por incentivo, pegaram no RN ao colo e um não se aplica por se ter ausentado. No vestir o RN, quatro pais participaram por incentivo, quatro não vestiram o RN e um ausentou-se. Estes resultados não vão de encontro ao estudo de Pereira (2009) que verificou que são mais os pais que pegam o filho ao colo após o seu nascimento e o acalmam, dos que cortam o cordão umbilical, não se verificando diferenças no estudo relativamente as estas duas medidas.

Os resultados do estudo de Motta e Crepaldi (2005) demonstram que quanto mais integrado for o trabalho de equipa com o pai acompanhante, maior será a participação deste. Enfatiza ainda que o acompanhamento do EESMO precisa ser constante e deve oferecer atenção à parturiente e incentivo e orientação ao pai, pois verificou oscilações na participação deste, com momentos mais ativos nalgumas situações e em outras mais passivos.

• **Terceiro Momento – Avaliação da intervenção do EESMO junto do pai**

Após a transcrição das entrevistas realizadas aos pais participantes, procedeu-se à análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos mesmos, segundo a metodologia de Bardim (1988).

Desta análise emergiram três áreas temáticas:

- Vivência do pai como acompanhante durante o TP;
- Momento mais relevante para o pai;
- Perceção do pai sobre as práticas do EESMO.

No Quadro 6 apresenta-se em síntese as áreas temáticas e correspondentes categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo da entrevista semi estruturada, cuja descrição será desenvolvida em seguida.

Quadro nº 6 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos pais participantes

Área Temática	Categoria	Subcategoria
1 – Vivência do pai como acompanhante durante o TP	1.1 – Atividades de apoio à parturiente	1.1.1 – Suporte emocional
		1.1.2 - Medidas de conforto
		1.1.3 – Companhia
		1.1.4 – Auxiliar
		1.1.5 – Defesa
	1.2 – Atividades de interação com o RN	
	1.3 – Experiência pessoal	1.3.1 - Nervosismo/ansiedade
		1.3.2 – Preocupação
		1.3.3 – Experiência positiva
		1.3.4 – Indescritível
		1.3.5 – Prazer
		1.3.6 - Realização pessoal
2 – Momentos mais relevantes para o pai	2.1 – Nascimento	
	2.2 – Corte do cordão umbilical	
	2.3 – Vestir o RN	
	2.4 – Ajuda parturiente	
	2.5 – Período doloroso da parturiente	
	2.6 – Nenhum momento em concreto	

Área Temática	Categoria	Subcategoria
3 – Percepção do pai sobre as práticas do EESMO	3.1 – Técnico-Científicas	3.1.1 – Informação
		3.1.2 – Profissionalismo
	3.2 – Sociorelacionais	3.2.1 – Paixão
		3.2.2 – Presença
		3.2.3 – Disponibilidade
		3.2.4 – Simpatia
		3.2.5 – Incentivo/apoio

Da primeira área temática e da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos pais participantes emergiram três categorias relacionadas com o apoio à parturiente, interação com o RN e vivências pessoais do pai enquanto acompanhante do TP da parturiente. Na primeira categoria destacam-se as seguintes subcategorias: suporte emocional, medidas de conforto, companhia, auxiliar e defesa da parturiente.

Relativamente ao suporte emocional quatro dos nove pais participantes relataram esta atividade no apoio à parturiente, como se verifica:

“Mas acho que vinha mentalizado e preparado para estar ali a ajudar. (...) A dar-lhe a mão e ela estava a precisar disso (...) então fui tentando fazer com que ela se aguentasse... conseguimos!” (P3).

Concomitantemente ao apoio emocional, o pai estava presente e segundo Storti (2004), o proporcionar a presença durante o TP, representa de forma notória a melhor estratégia de apoiar emocionalmente a parturiente num momento tão importante como é o nascimento de um filho:

“Eu tentei fazer o meu melhor e estar sempre ao pé dela para ela estar mais animada (...)” (P8).

“(…) O dar-lhe apoio isto, aquilo e aquele outro” (P9).

O suporte emocional durante o TP é fundamental para a diminuição da ansiedade e stress por parte da parturiente e essencial para ajudá-la a enfrentar as diferentes etapas e dificuldades que surgem durante o TP. (Colman & Colman, 1994) Na revisão da literatura realizada por Hodnett et al. (2011) percebe-se que o suporte é mais efetivo quando o apoio é prestado por uma pessoa da rede social da parturiente, do que quando é prestado por um profissional da instituição.

Dois pais participantes executaram medidas de conforto, parecendo revelar por um lado incerteza e por outro a tentativa de apoiar a parturiente:

“Tentei colaborar, ajudar e... não pensei que fosse necessário! Pensei que era apenas estar presente para ver (...)” (P1).

“Eu acho que fiz bem e fiz o que pude. Tentei ajudar em tudo, mais acho que não podia fazer!” (P8).

As medidas de conforto representam para a parturiente um apoio no alívio da dor, na redução do stress, ansiedade e na adoção de posturas e decúbitos que atenuam o sofrimento e cansaço associado ao TP e segundo Motta e Crepaldi (2005) também oferece confiança, segurança e conforto.

O facto de fazer companhia à parturiente foi revelado pelos nove pais participantes como uma experiência importante para a parturiente/pai, como indica o seguinte relato:

“Eu senti que ela se sentiu acompanhada (...). O estar ali ao lado dela é sempre importante e, ela também sentiu isso ao estar sempre acompanhada. Foi bom para fortalecer esse momento.” (P7).

A companhia à parturiente permitiu combater a sensação de estar num ambiente estranho e representa um apoio durante o TP. O pai tem assim desta forma, a oportunidade de usufruir o direito legal de acompanhar a mãe do seu filho durante o TP e de superar-se a si mesmo ao adquirir uma postura e comportamento. Por outro lado, a presença de alguém do meio familiar e significativo para a parturiente permite que a vivência do TP seja uma experiência mais agradável e transmita a segurança necessária para ultrapassar os momentos mais críticos e a imprevisibilidade associada ao TP (Storti, 2004).

A execução de atividades de auxiliar da parturiente foi relatada por dois pais participantes e revelaram-se como uma experiência positiva como nos seguintes discursos:

“Fiquei feliz por poder ajudar (...) e ver a criança a sair. (...) Pensei que ia só assistir e que não ia cortar nada, que não ia ajudar (...) a ver se estava bem, se precisava de alguma coisa, sempre tudo” (P6).

“Mais não fiz, porque também não sei e tinha medo de fazer mal” (P8).

As pesquisas de Chandler e Field (1997) apontam que o pai se sente excluído do processo de nascimento, servindo apenas como provedor de apoio moral e de conforto difere dos discursos dos pais participantes que se sentiram envolvidos durante o TP. Auxiliar a parturiente durante o TP representa uma ajuda fundamental, porque o pai conhece as suas necessidades, personalidade e características e possui o conhecimento de como e quando atuar sempre que seja necessário. No entanto, o TP face às suas especificidades pode por vezes originar surpresas e requisitar uma participação do pai em intervenções nunca antes realizadas, originando sentimentos mistos de felicidade e medo. (Vehvilainen-Julkunen & Liukkonen, 1998)

Um dos pais participantes relata a sua experiência como defesa da parturiente:

“Acho bem o pai poder assistir, porque até a mãe se sente um bocadinho mais amparada... À partida são desconhecidos lá nê! E até me senti mais seguro, estando lá ao lado dela para saber tudo. (...)” (P7).

O pai tem o privilégio de atuar em defesa da parturiente e de ser intermediário entre esta e a equipa e vice-versa ao estar presente como acompanhante durante todo o TP. Ao mesmo tempo, pode representar para o pai uma estratégia de num momento stressante proteger-se e proteger a parturiente. O desejo de oferecer proteção à parturiente também se destaca entre as motivações referidas pelos pais para desejarem assistir o parto no estudo de Tomeleri et al. (2007).

Na segunda categoria da primeira área temática, as medidas de interação com o RN foram relatadas por três pais participantes e parecem revelar momentos favorecedores ao vínculo precoce como se verifica nos seguintes discursos:

“(...) Com mais... vontade, mais carinho ao meu filho, mais... agora querer estar com ele” (P5).

“(...) Eu já sentia desde início, que era a minha filhinha. (...) Agora sinto-me diferente, senti-la nos braços...e sentir que ela quase que olha para mim” (P6).

Para muitos pais o acompanhamento do TP, representa a oportunidade de interagir pela primeira vez com o filho. No contacto com o bebé, o pai toma consciência do seu aspeto visual e apercebe-se das características que o diferenciam, dando ênfase àquelas que consideram mais parecidas consigo próprio. Isso leva-o, a perceber o RN como se fosse perfeito e, surge um forte sentimento de atração por ele, que o faz dispensar-lhe atenção e, vivenciar sentimentos de profunda auto-estima e satisfação (Waley & Wong, 1989). Segundo Russell e Radojevic (1992) e Szaniecki (1996) os pais que estão presentes no nascimento do seu filho parecem desenvolver um sentimento de preocupação e interesse pelo RN e ficam mais envolvidos nos cuidados nos primeiros meses.

Para além de o pai participante expressar a sua vivência no apoio à parturiente e na interação com o RN, relatou a sua experiência pessoal como acompanhante durante o TP. Assim, dois dos pais experienciaram sentimentos mistos de nervosismo/ansiedade:

“Alguma ansiedade, sim... mas estava calmo. (...)” (P3).

“No início senti-me um bocadinho nervoso (...) tinha sempre aquele receio: “Isto é saúde”! E que as coisas corram um bocadinho pior (...), mas à medida que o tempo foi passando já ia aceitando que as coisas já estavam a começar a andar e já não tinha aquele receio que tinha inicialmente” (P7).

E três preocupação, como se verifica nos relatos:

“(...) A meio da noite, começou a preocupar-me o facto de não haver dilatação e pensar que ela ia ter cesariana” (P3).

"Também me assustei um bocadinho, naquela parte final, em que estava a puxar, mas já não tinha forças e depois os médicos olharam um para o outro como tipo: "Não, não pode ser!" E calçaram as luvas muito rápido, e eu hê pá: "O que se passa?" (...) Senti-me um bocadinho assustado" (P7).

O parto é muitas vezes vivido como um momento crítico, desconhecido e imprevisível, sobre o qual não se tem controlo (Maldonado, 2002).

Nos sete estudos que avaliaram a experiência do pai durante o TP de Genesoni e Tallandini (2009) surgem frequentemente sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo, dado não esperarem tanta exigência com o TP, o que vai de encontro a algumas vivências menos positivas dos pais participantes. Os pais podem vivenciar preocupação/receio de que algo ocorra mal, no entanto, tentam mascarar e silenciar essas sensações, em parte devido ao papel atribuído ao pai de transmitir força, segurança e confiança à parturiente. (Carvalho et al., 2009)

Quando se permite a inclusão e valorização da presença do pai, surgem experiências positivas por sete dos pais, momentos indescritíveis por dois, sensação de prazer por um e de realização pessoal por quatro dos pais:

"Foi uma experiência ótima e,... gostei! (...) As lágrimas vinham aos olhos com muita facilidade. Estive a tarde quase toda assim, depois já do parto. Ainda há pouco ao telefone não conseguia ter a conversa de princípio ao fim, sem chorar." (P5)

"Foi maravilhosa! (...) Até posso dizer mais, que há bocado a falar com um amigo meu que está a pensar ser pai disse-lhe: "Quando fores assiste, porque é fabuloso!" (P9).

"Foi muito bom, não se consegue descrever" (P1).

"(...) Mas acho que é mais o prazer. O disfrutar do momento, o prazer de ser pai (...)" (P3).

"Ser pai acaba por ser no fundo uma realização. Toda a gente está à espera de esse momento" (P3).

"Eu sou mesmo muito nervoso e às vezes uma pessoa assim nervosa não consegue controlar os sentimentos... começa a tremer por todos os lados... Eu admirei-me super, mas super comigo e não ter começado a chorar... sei lá ter-me conseguido controlar!" (P9).

Segundo um estudo de Taborda et al. (2010), sobre as expectativas e experiências dos pais nos partos eutócicos, como experiências positivas referem o facto de puderem presenciar o parto num espaço com privacidade, participarem ativamente neste e, serem esclarecidos e incluídos em todo o processo por profissionais de saúde eficientes, que promovem o bem-estar da parturiente e do RN. Se o pai participante se envolve durante o TP, a sua experiência vai ser mais positiva e a confiança no seu papel paternal maior, que é concordante com o estudo de Greenhalgh et al. (2000). Toda a tensão acumulada antes do parto associada à ansiedade e à preocupação de não saber o que iria acontecer deixa o pai eufórico quando o filho nasce,

momento em que ele pode expressar os seus sentimentos até então guardados (Espírito Santo & Bonilla, 2000).

A segunda área temática emerge do impacto que pode representar para o pai o acompanhamento da parturiente durante o TP e a culminação do nascimento de um filho. Assistir ao nascimento de um filho foi uma experiência manifestada como um dos momentos mais relevantes, como se verifica:

“É quando a cabeça da criança está a sair, já vem (...)” (P2).

“Foi quando a cabecinha começou a sair fora (...) eu via!” (P3).

“Foi o momento em que a bebé saiu, não é?” (P7).

“Foi quando ele saiu. Quando o vi a sair” (P8).

“Aquele momento sem qualquer dúvida, é quando você diz que está a nascer a bebé e eu estiquei-me mais um bocado e vejo a cabecinha a sair” (P9).

Para além do nascimento do RN, os pais participantes consideraram a dor da parturiente, o poder ajudá-la, cortar o cordão umbilical ao RN ou nenhum momento em concreto, como momentos igualmente relevantes, como se retrata:

“Antes da hora do parto, naquelas picadas, quando se sentia cansada, com as contrações, aí foi a hora que mais me marcou (...) quando se via que estava a sofrer” (P5).

“Foi ajudá-la (...)” (P6).

“Foi (...) cortar o cordão umbilical” (P6).

“(...) Para outras pessoas até pode ser muito normal, mas para mim não é! Que foi poder vestir aquele bocadinho” (P9).

“Não sei! Foram muitas horas e muito tempo... mas tudo é bom” (P1).

O nascimento representa para cinco dos pais participantes a experiência mais relevante, o que vai de encontro aos resultados encontrados no estudo de Garcês (2011). A importância atribuída ao momento do nascimento do RN revela a felicidade pelo término do processo de TP, e a concretização da vitória de ver pela primeira vez o seu filho. Esse misto de alívio da dor materna, de superação das dificuldades, angústia e do medo paternos, concretiza a reta final de uma gestação partilhada e bem-sucedida. Apesar de o nascimento ser o marco de referência do fim de uma etapa de nove meses de gestação e de um momento crítico, como pode ser o TP, marca também o início de outra etapa em que se põe em prática o papel paternal.

A perceção dos pais participantes sobre as práticas do EESMO refletem-se nas competências técnico-científicas dos profissionais e sociorelacionais, permitindo identificar duas categorias. Na categoria competências técnico-científicas emergiram duas subcategorias: informação e

profissionalismo. Um dos pais participantes considera que foi devidamente informado e cinco elogiam o profissionalismo do EESMO, de acordo com os seguintes discursos:

“Senti-me esclarecido e mesmo que não me sentisse, estava confiante que se perguntasse qualquer coisa, vocês me responderiam sem problemas. Como aconteceu, não é?” (P4).

“Que continuem assim, fizeram um bom trabalho... Que estive a gente suficiente para ajudar. (...) Correu tudo bem e se corre tudo bem, basta uma pessoa, duas pessoas ou três... para ajudar” (P6).

“Acho que vocês como profissionais são espetaculares” (P9).

Os pais identificam os profissionais de saúde como a principal fonte de informação, segundo um estudo realizado por Dellman (2004), expressando a necessidade de maior apoio e garantia de que estão a fazer corretamente para apoiarem as suas companheiras durante o TP. O pai necessita de perceber que apesar do parto ocorrer num meio estranho, pouco familiar e onde perdura muito a técnica e as normas institucionais, não tem por que sentir-se deslocado. Os resultados obtidos vão de encontro a este estudo.

Considera-se extremadamente importante capacitar o pai e permitir que se sinta cómodo e estabeleça uma relação terapêutica baseada na confiança com o EESMO, pois pais com conhecimentos e expectativas realistas, enfrentam com maior sucesso as dificuldades (Edwards, 2002) e possuem a probabilidade de vivenciar de forma mais positiva e satisfatória o acompanhamento da parturiente e a interação com o RN, durante o TP.

Na categoria competências sociorelacionais surgiram as seguintes subcategorias: paixão, presença, disponibilidade, simpatia e incentivo/apoio. Dois dos pais participantes valorizam a paixão e a presença, como se revela nos seguintes relatos:

“(...) Porque faz aquilo com paixão... faz aquilo com um prazer enorme!” (P3).

“E a forma e com o carinho que vocês trabalharam (...)” (P5).

“Às vezes, quando a mulher está com aquelas dores, a presença (EESMO) nê... o estar ali mais próximo ajuda a tranquilizá-la (...)” (P3).

“Vocês estavam presentes. Da nossa parte, não há motivo nenhum para dizer o contrário. Todas as horas vocês estavam ali. Todos os 10 minutos, todos os cinco... parecia que não saia nenhuma dali” (P5).

A presença do EESMO é essencial para promover a participação ativa do pai e é fulcral para detetar no pai participante comportamentos e atitudes que podem comprometer o acompanhamento.

Um dos pais participantes valorizou a simpatia e quatro a disponibilidade como se denota seguidamente:

“Vocês são muito simpáticos, principalmente você, gostei muito da simpatia e do seu trabalho” (P8).

“(…) Acho que rodamos por três equipas (…) e toda a gente foi super atenciosa, impecável, tudo!
(…) Uma pessoa estava sempre com pena daquela equipa que saía, porque já estávamos habituados... e lá vinha outra equipa – “Que seca”! “Não sabíamos como ia ser!” (P7).

“Do que eu ouço falar, às vezes, dos outros hospitais, acho que vocês são muito atenciosos. Estão sempre em cima das pessoas a ver como está e não está, se é preciso alguma coisa! (…) Não tenho nada a apontar (…) Fazer mais do que vocês fizeram, ninguém faz, acho impossível... muito sinceramente! Pelo que uma pessoa ouve de amigos e família vocês merecem... Seis estrelas!” (P9).

No estudo de Nunes et al (2009) relativo à satisfação do pai face aos cuidados do EESMO, a disponibilidade foi referenciada pela maioria dos pais como uma característica presente no EESMO, como se determina também pelos relatos dos pais participantes. A disponibilidade transmite confiança e capacita o pai para a ação, através do esclarecimento de dúvidas/questões (ainda que possam parecer disparatadas pelo pai) e o seu desconhecimento pode originar estados de stress e medos que podem prejudicar a sua participação, depreendendo-se a sua importância na prática do EESMO.

O incentivo/apoio do EESMO foi relatado por quatro pais como estímulo à orientação e participação:

“(…) E dar aqueles feedbacks: “Tenha calma que está tudo a correr bem!”, “Acho que sim, que é muito importante” (P3).

“Aquela parte: “Só mais um bocadinho, está quase.” Esse bocadinho é que dá... muita força à mãe para puxar” (P5).

“(…) Quando vocês disseram que ela precisava de ajuda, que eu ajudava (..) porque nunca tinha feito isso, nem sequer sabia como é que havia de ajudar...?” (P6).

“As coisas que vocês me foram pedir eu não era capaz de fazer, eu não sei! Mas com ajuda... Por isso, eu disse: “Se vocês me ajudarem, eu vou tentar”!” (P8).

Estes relatos são semelhantes aos obtidos no estudo de Martins et al (2006) sobre a vivência do pai na sala de partos, em que 15 dos 20 pais inquiridos referem que os profissionais de saúde os ajudaram a desempenhar o seu papel. A intervenção do EESMO junto do pai participante através de incentivo e apoio promove a sua participação ativa e consequentemente favorece que os pais sintam que a sua colaboração e desempenho tem um papel fundamental durante o seu acompanhamento para a parturiente e na interação precoce com o RN. Dá-se a mudança de pai expectador para pai participante e propicia-se a responsabilização e consolidação de papéis, nomeadamente do papel paternal. O pai participante apercebe-se que para além de vivenciar a sua própria experiência durante o TP da parturiente, pode ajudar a que esta seja mais positiva e satisfatória para a tríade. (Carvalho, 2001)

2.4. Conclusões e recomendações

Homens e mulheres iniciam a transição para a parentalidade como entes separados e distintos, com diferentes percursos individuais, no entanto, tentam alcançar um mesmo objetivo que é a formação de uma família (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Após a intervenção com aplicação da metodologia em três momentos diferentes, concluiu-se que cada vez mais, o pai usufrui do direito de acompanhar a grávida/parturiente durante o TP e tem presente a importância da sua presença para adquirir a sua própria experiência pessoal no nascimento do seu filho.

Apesar do pai possuir conhecimento cognitivo sobre algumas ações de apoio à parturiente nas medidas de suporte emocional, conforto, companhia, auxiliar e defesa e na interação com o RN, apresenta dificuldade em utilizá-las na prática durante a sua participação no TP, necessitando da intervenção do EESMO.

As medidas identificadas pelos pais participantes que necessitaram de menos intervenção do EESMO foram relativas ao: suporte emocional; companhia; auxiliar na alternância de decúbitos que maximizem o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal e técnica correta da amamentação e na interação com o RN o registo do momento do nascimento através da expressão verbal/não-verbal. As necessidades que originaram maior intervenção/informação do EESMO foram as relativas às medidas de conforto e na interação com o RN no corte do cordão umbilical e colocação da fralda.

Durante o período de observação verificou-se que não houve nenhum pai participante do tipo observador, sendo a maioria do tipo expressivo, o que vai de encontro à tendência de os pais se envolverem a nível emocional e comportamental e desejarem ter a sua própria experiência pessoal.

Algumas das medidas no apoio à parturiente e interação com o RN identificadas inicialmente pelos pais participantes no primeiro momento foram áreas que necessitaram, posteriormente, durante a observação, de incentivo e exigiram por parte do EESMO uma intervenção contínua, objetiva e criativa na procura de estratégias que promovessem uma participação ativa.

O suporte emocional foi de todas as medidas, as que fomentaram uma participação mais ativa, através de iniciativa própria pelos nove pais participantes, no que concerne ao: encorajar a parturiente através de reforços positivos verbais e não-verbais; partilha de emoções e

sentimentos; tranquilização da parturiente ajudando-a a manter a calma e celebrar com a parturiente o nascimento do RN.

As medidas de conforto foram as que registaram menor participação dos pais, sendo que a aplicação de pressão na região sacrocóccigea e as massagens na região lombar não obtiveram a participação de nenhum pai.

Relativamente às medidas de companhia e auxiliar da parturiente tiveram a participação total dos pais participantes as ações estabelecimento de diálogo com a parturiente e aproximação de objetos. Nas medidas de defesa da parturiente o levantamento de questões e/ou retirou dúvidas, atingiu igualmente uma participação elevada, com oito pais participantes. O servir de intermediário entre a parturiente e a equipa e vice-versa e atuar como advogado na defesa do bem-estar materno-fetal foi de todas as ações as que o pai participante teve uma menor participação.

Na interação com o RN, apesar de a totalidade dos pais comunicarem a notícia de nascimento e identificar semelhanças com o RN, nas outras medidas de interação com o RN os pais necessitaram de incentivo do EESMO para participar, sendo o corte do cordão umbilical, o assistir à monitorização do peso corporal do RN e pegar neste ao colo as que necessitaram de mais incentivo.

Os pais participantes expressaram a sua vivência no apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP com uma participação superior às expectativas iniciais e uma experiência positiva. O pai participante viu no EESMO um profissional essencial para que a sua participação fosse mais ativa, valorizando as suas competências sociorelacionais. Salienta-se, ainda, que as intervenções do EESMO refletiram para o pai participante a imagem de um profissional seguro nas competências técnico-científicas, transmitindo-lhe confiança nos cuidados prestados.

No que se refere às limitações relativas à intervenção junto do pai, estas prenderam-se com o curto tempo de contacto com os pais participantes durante o TP e consequentemente o tamanho reduzido dos pais participantes. Para, além disso, podem ter surgido durante o TP, dado a carga emocional do momento, outros fatores inibidores da participação do pai não contemplados como a presença do EESMO.

Uma limitação, enquanto EESMO prendeu-se com a inexperiência durante a realização da entrevista semiestruturada aos pais participantes em focalizar os seus relatos para as áreas a aprofundar. No entanto, considera-se que foi importante o cruzamento dos resultados obtidos

nos três momentos de intervenção do EESMO para compreender a participação do pai participante e conseguir atingir resultados pertinentes para esta área de intervenção.

O aprofundamento de conhecimentos nesta área permitiu verificar que é necessário um novo olhar sobre este novo pai que deixa de ser expectador e quer passar a ter uma participação ativa no nascimento do seu filho. Para tal, o EESMO deve reconhecer no pai um elemento intermédio essencial durante este processo de cuidados.

Perante os resultados desta intervenção, parece oportuno encontrar propostas de intervenção de forma a contribuir para a melhoria da prática de cuidados com vista a uma participação mais ativa do pai, nomeadamente:

- Em contextos de Formação dar mais ênfase à participação do pai durante o processo gravítico e puerperal, considerando-o de igual forma sujeito de cuidados na área de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Criar oportunidades para a preparação e treino de competências parentais através da criação de grupos de pares de apoio e CPPP dirigidos ao pai;
- Realização de estudos sobre o tema para aprofundar o conhecimento científico.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O ENP ao permitir a assistência de cuidados especializados à parturiente/pai/RN durante o TP, num período maior de tempo em contexto real, facilitou a aquisição de competências de uma forma mais consolidada e eficaz a: “aprender a ser”, “aprender a estar” e “aprender fazendo”. Por conseguinte, foi também determinante atingir as competências específicas do EESMO ditadas pela OE nos três domínios de atuação no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o TP e as seguintes capacidades: de análise; cognitivas e técnico-científicas; de reflexão e pensamento crítico; de autonomia na tomada de decisão; de identificação de necessidades/prioridades; capacidades relacionais e de comunicação; socioculturais; éticas e deontológicas e de auto e heteroavaliação.

As práticas do EESMO articuladas com a orientação das tutoras, orientadora e coorientadora durante o ENP e restante equipa multidisciplinar permitiu integrar conhecimentos e lidar com situações de grande complexidade em contextos alargados e multidisciplinares e desse modo desenvolver as competências definidas para esta etapa formativa.

A capacidade de análise foi fundamental para a aquisição de competências, pois só através desta é que o EESMO podia averiguar as suas necessidades de conhecimento, áreas a investir, metas a alcançar e desenvolver uma atitude de procura permanente da excelência no exercício profissional. O feedback das tutoras de estágio, da parturiente/pai/família e orientadora foram essenciais para a procura da excelência dos cuidados e práticas do EESMO. O ENP permitiu ainda a aquisição de capacidades cognitivas e técnico-científicas e a necessidade de sustentar teoricamente o conhecimento técnico-científico.

O pensamento crítico e a capacidade reflexiva representaram uma mais-valia para a mudança de comportamentos/ações consideradas menos adequadas e a valorização de práticas/attitudes favorecedoras de ganhos em saúde e duma conduta profissional especializada na área da Saúde Materna e Obstetrícia. Foi importante não só questionar a prática do EESMO e da restante equipa de obstetrícia como também aceitar as críticas construtivas com vista ao crescimento pessoal e profissional.

Para a tomada de decisão fundamentada e adequada foi necessário numa etapa prévia realizar o diagnóstico de situação, a identificação das necessidades e a definição de prioridades.

É importante possuir a capacidade de relacionar-se e comunicar numa área em que as emoções e sentimentos estão muito presentes, pelo que foram valorizadas estas competências

pelos vários intervenientes na prestação de cuidados. Foi fundamental comunicar de forma eficiente e implementar em parceria com a parturiente/pai as intervenções apropriadas para a promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e mestria no exercício do papel paternal assim como, observar, empatizar e comunicar de acordo com as necessidades relacionais e contexto sociocultural a que pertenciam os intervenientes. Após o parto, quando a parturiente/pai já se encontravam num estado emocional mais relaxado transmitiam o feedback da intervenção do EESMO e grande parte das vezes relatavam que a relação e comunicação tinham sido efetivas e favorecedoras durante todo o TP.

A nível da responsabilidade ética e deontológica, o EESMO desenvolveu capacidades quer na prestação direta de cuidados, quer durante a realização da intervenção junto do pai com a aplicação da metodologia utilizada. Foi essencial o respeito pela integridade humana, intimidade, privacidade, sigilo profissional e respeito na proteção dos dados utilizados durante o TP e nos vários momentos de intervenção do EESMO, dado a vulnerabilidade emocional que podia apresentar a parturiente/pai.

De referir ainda, que foram desenvolvidas competências no envolvimento do pai durante o TP, dado que os ingredientes da parentalidade têm mudado ao longo dos últimos anos e na promoção da participação ativa do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN. Com esta atividade ainda se desenvolveram competências a nível da realização da investigação científica desde da identificação da área temática a estudar até à aplicação, apresentação, análise, discussão e apresentação das conclusões. Paralelamente a isso, a elaboração deste instrumento exigiu reunir conhecimentos teóricos e a nível do planeamento e gestão do trabalho do EESMO. O enfoque do futuro EESMO no pai enquanto acompanhante da parturiente contribuiu, ainda, para a melhoria da qualidade dos cuidados na área da Saúde Materna e Obstetrícia, através da sistematização de um conjunto de condições facilitadoras que promovessem a participação ativa do pai e uma transição para a parentalidade satisfatória.

A auto e heteroavaliação permitiram ao EESMO produzir mudança e crescer a nível pessoal e profissional, tendo sido essencial a análise crítica e reflexiva constante das práticas de cuidados especializados e a intervenção das tutoras, equipa multidisciplinar, orientadora e coorientadora. A elaboração deste instrumento representou também um meio eficaz de avaliar a intervenção do EESMO na prestação de cuidados à parturiente/pai/RN durante o ENP e provocar mudança e inovação na área da Saúde Materna e Obstetrícia.

CONCLUSÃO

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem como ciência tem sofrido mutações constantes, que exigem uma preparação adequada e atualizada para que o nível de cuidados prestados atinja a qualidade desejada. Este desafio assume uma grande importância, principalmente, quando se fala de cuidados especializados na área da Saúde Materna e Obstetrícia, sendo fundamental desenvolver habilidades e competências aos vários níveis de modo a promover cuidados globais, integrados e personalizados.

A necessidade de produzir mudança com vista à qualidade dos cuidados, motiva os profissionais de saúde para a análise reflexiva das suas intervenções, sendo a produção de conhecimento através da evidência científica, fundamental para guiar a prática de cuidados. E, na área da Saúde Materna e Obstetrícia considera-se fulcral para que o EESMO possa justificar muitas das práticas realizadas e se vão de encontro às necessidades da parturiente/pai/RN/família.

Deste modo, o ENP permitiu ao futuro EESMO o desenvolvimento de competências aos vários níveis e a aquisição dos requisitos necessários para a prestação de cuidados especializados durante o TP, segundo a OE.

Face há crescente exigência da parturiente/pai/RN relativamente ao tipo de cuidados que lhes são prestados durante o TP, já não se deve considerar possível apenas a existência da díade mãe/RN, mas cada vez mais, o pai tem um papel crescente e valoriza-se a sua participação para uma vivência benéfica, formação da tríade e transição para a parentalidade. Não obstante, segundo Ribeiro e Lopes (2006), a presença do pai constitui também, uma fonte de apoio e encorajamento para ultrapassar as dificuldades físicas e emocionais durante o TP.

O EESMO deve procurar realizar um esforço acrescido para promover a participação do pai durante o TP e uma vivência positiva para a tríade, já que se encontra numa posição privilegiada para fazê-lo e cada vez mais o pai acompanha a parturiente durante o TP. No entanto, urge a necessidade quer dos profissionais de saúde dos Cuidados Hospitalares, quer dos Cuidados de Saúde Primários criar todas as condições necessárias para o pai participar em todo o processo.

As instituições hospitalares e profissionais de saúde devem realizar esforços para favorecer um envolvimento positivo do pai durante o TP, uma vez que existe evidência em estudos científicos da vantagem da participação do pai para a formação da tríade.

Em suma, contar com a evidência científica na prática de cuidados permite aumentar o conhecimento do EESMO para a tomada de decisão autónoma e, consequentemente a possibilidade de dar uma melhor resposta às necessidades em cuidados de Saúde Materna e Obstetrícia (Garcês, 2011), no sentido da melhoria contínua e da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a mudança e inovação das práticas clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. M.; Goodyear, R. K; Campos, A., Newcomb, M. D. (2000). *Ethnic belonging and traditional masculinity ideology among African Americans, European Americans and Latinos*. Psychology of Men & Masculinity, 1 (2), 75-86.
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2003). *Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª Ed.) Loures: Lusociências.
- Alves, A. (2005). *A tríade interactiva enfermeiro/pais/recém-nascido*. Informar, 35 (XI), 57-62.
- Balancho, M. L. S. F. (2001). *O novo papel do pai na educação dos filhos: Co-parentalidade e diferenciação*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, Portugal.
- Balancho, M. L. S. F. (2004). *Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade*. Análise Psicológica, 2 (XXII), 377-386.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bayle, F. (2005). *A Parentalidade*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (317-346). Lisboa: Fim de século.
- Belcher, J. R. & Fish, L. J. B. (2000). *Hildegard E. Peplau*. In George, J. B. (4.ª Ed), *Teorias de Enfermagem*, (45-57). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Belsky, J. (1984). *The determinants of parenting: A process model*. Child Development, 55 (1), 83-96.
- Bonino, L. (2003). *Las nuevas parentalidades*. Cuadernos de Trabajo Social, 16 (sd), 171-182.
- Bowlby J. (1958/76). *A natureza da ligação da criança e da mãe*. In Soczka, L., *As ligações infantis*, (105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Brandão, S. M. P. A. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Portugal.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, I. (2005). *Para uma nova clínica de pais e bebés*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (409-432). Lisboa: Fim de século.
- Bruggemann, O. M., Osis, M. J. D. & Parpielli, M. A. (2007). *Apoio no nascimento: Percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher*. Revista de Saúde Pública, 1-9.
- Caires, T. L. G. & Vargens, O. M. C. (2012). *A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de género e poder*. Referência. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem, III (7), 159-168.
- Canavarro, M. C. & Barbosa, A. A. (2005). *Transição para a parentalidade, compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (225-255). Lisboa: Fim de século.
- Carvalho, M. L. M. (2001). *A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais*. Brasil: Editora Artmed.
- Carvalho, M. L. M. (2003). *Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais*. Cadernos Saúde Pública, 19 (2), 389-398.
- Carvalho, M. L. M.; Brito, R. S., Araújo, A. C. P. F. & Souza, N. L. (2009). *Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 10 (3), 125-131.
- Chandler, S. & Field, P. A. (1997). *Becoming a father: Firsts-time fathers 'experience of labor and delivery*. Journal of Nurse-Midwifery, 42 (1), 17-24.
- Chapman, L. (1992). *Expectant father's roles during labor and birth*. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 21 (2), 114-120.
- Chauchard, P. (1973). *O acolhimento*. Lisboa: Edições Paulistas.
- Coley, R. L. (2001). *In (Visible) men: emerging research on low-income, unmarried and minority fathers*. American Psychologist, 56 (9), 743-753.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). *Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto*. Análise Psicológica XXV (3), 381-398.
- Correia, M. J. Sereno, S. (2005). *O lado masculino da gravidez adolescente*. Sexualidade & Planeamento Familiar, 40/41.

- Couto, G. (2003). *Preparação Para o Parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (1988). *Fatherhood Today: Men's Changing Role in the Family*. New York: John Wiley & Sons.
- Cowan, C. P. & Cowen, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
- Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho. (2008). *Diário da República n.º 121 - I Série*, 3835-3853. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 14/1985 de 6 de julho. (1985). *Diário da República*, n.º 153 – I Série. 1874. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 15/92 de 4 de fevereiro. (1992). *Diário da República n.º 29 - I Série-A*, 713-714. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de agosto. (1987). *Diário da República n.º 197 - I Série*, 3332. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). *Diário da República*, n.º 60 - I Série-A, 2242-2257. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 9/2009 de 4 de março. (2009). *Diário da República*, n.º 44 - I Série-A, 1466-1530. Lisboa: Assembleia da República.
- Dellman, T. (2004). "The best moment of my life": A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal*. 17 (3), 20-26. Disponível em: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1448827204800142>.
- Diretiva n.º 36/2005/CEE. (2005). Diretiva do Conselho de 7 de setembro de 2005. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º L 255*, 22-142.
- Diretiva n.º 80/155/CEE. (1980). Diretiva do Conselho de 21 de janeiro de 1980. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º L 33*, 8-12.
- Diretiva n.º 89/594/CEE. (1989). Diretiva do Conselho de 30 de outubro de 1989. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º L 341*, 19-29.
- Draper, J. (2002). *Men's experience of pregnancy confirmation*. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 563-570.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10 (1), 66-78.
- Edwards, L.D. (2002). *Adaptação à paternidade/maternidade. O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed.

- Espirito Santo, L. C. & Bonilha, A. L. L. (2000). *Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 21 (2), 87-109. Disponível em: <URL: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/>>.
- Felizardo, C., Amaro, S., Evangelista, S., Matos, S. & Duarte, T. (2010). *O Envolvimento e o Papel do Pai na Gravidez e Parto*. Braga: Corrente Dinâmica. Congresso vulnerabilidade na gravidez e no pós-parto, Disponível em: <URL: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>>.
- Ferreira, M., Rocha, A. M. & Monteiro, C. (2009). *Percepção e importância dos cuidados recebidos durante o Trabalho de parto e parto*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 10, 12-15.
- Figueiredo, B. (1994). *Saúde da mãe e do bebê durante o puerpério. Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Figueiredo, B. (2003). *Os primórdios da construção do próprio no contexto da interacção mãe/bebé*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, 311-322.
- Figueiredo, B. (2005a). *Bonding Pais-bebé*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (287-315). Lisboa: Fim de século.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco A. (2002). *Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas*. Análise Psicológica, 2 (XX), 203-217.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R. & Pacheco A., Pais, A. (2005b). *Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé*. Acta Pediátrica Portuguesa, 36 (2/3), 121-131.
- Freitas, W. M. F., Coelho, E. A. C. & Silva, A. T. M. C. (2007). *Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar do género*. Cadernos Saúde Pública, 23 (1), 137-145.
- Frutuoso, L. D. (2011). *Percepções do acompanhante acerca da experiência e aspectos organizacionais relacionados à sua permanência no centro obstétrico*. Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Galasto, E. P. & Fonseca, R. M. G. S. (2007). *A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 41 (3), 455-459.
- Garcês, M. M. F. (2011). *Vivência da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>>.

- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social – da problemática à colheita de dados*. 3.^a Ed. Loures: Lusociência.
- Genesoni, L. & Tallandini, M. A. (2009). *Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008*. *Birth*. 36 (4), 305-317.
- Gomez, R. (2005). *O pai paternidade em transição*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Graça, L. C. C. (2010a). *Contributo da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e no aleitamento materno*. Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Graça, L. M. (2010b). *Medicina Materno-Fetal*. 4.^a Ed., Lisboa: Lidel.
- Greenhalgh, R., Slade, P. & Spiby, H. (2000). *Fathers 'coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum*. *Birth*, 27 (3), 177-184.
- Guerra, P. (2005). *Família, Divórcio, Parentalidade – Que Relações...* In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (347-362). Lisboa: Fim de século.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. & Weston, J. (2011). *Continuous support for women during childbirth*. 2.^a Ed., Oxford: The Cochrane Library.
- Hollander, J. & Haber, L. (1992). *Ecological transitions: Using Bronfenbrenner's model to study sexual identity change*. *Health Care for Women International*. 13 (2), 121-129. Disponível em: <URL: <http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&uid=1993-33189-001>>.
- Howk, C. (2003). *Enfermagem Psicodinâmica*. In Alligood, M. R. & Tomey, A. M., *Modelos e Teorias de Enfermagem*, (5.^a Ed.) (423-444). Loures: Lusociências.
- Jackson, S. (1987). *The father's role: cross cultural perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jardim, D. M. B. & Penna, C. M. M. (2012). *Pai-Acompanhante e sua compreensão sobre o nascimento do seu filho*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 16 (3), 373-381.
- Keller, W. D., Hildebrandt, K. A., & Richards, M. (1985). *Effects of extended father-infant contact during the newborn period*. *Infant Behaviour and Development Journal*., 8, 337-342.
- Kennell, J. H. (1995). *Tornar-se família: ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-Infant Bonding*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lamb, M. (1992). *O papel do pai em mudança*. *Análise psicológica*. 1 (10), 19-32. Disponível em: <URL <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a06.pdf>>.
- Leal, I. (2005a). *Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (9-19). Lisboa: Fim de século.
- Leal, I. (2005b). *Novas e velhas parentalidades*. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (363-405). Lisboa: Fim de século.
- Longo, C. S. M., Andraus, L. M. S. & Barbosa, M. A. (2010). *Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde*. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 12 (6), 386-391.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Magalhães, A. (2003). *Factores que influenciam os pais a assistir ao trabalho de parto*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 4, 17-21.
- Maldonado, M. (2002). *Psicologia da Gravidez*. 16.ª Ed. São Paulo: Saraiva.
- Martins, A., Fernandes, E, Ferreira, F. & Pacheco, F. (2006). *A vivência do pai na sala de partos: perspectiva do acompanhante*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 43-46.
- May, K. A. (1980). *A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time expectant fathers*. *Western Journal Nursing Research*. 2, 244-453.
- Mazzieri, S. P. M. & Hoga, L. A. K. (2006). *Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura*. *Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste*, 10 (2), 166-170.
- Medrado B. (1998). *Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia*. In: Arilha M, Unbehaum S. G, Medrado B., *Homens e masculinidades: outras palavras*, (145-161). 2ª Ed. São Paulo: Edições 34.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation – specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Menino, E. & Sousa, C. (2010). *E o pai?! As vivências do pai durante a primeira semana pós-parto*. Braga: Corrente Dinâmica. Congresso vulnerabilidade na gravidez e no pós-parto. Disponível em: <URL: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>.
- Miranda, M. V. B. (2002). *O pai na sala de partos: efeitos sobre a ansiedade e autocontrole da parturiente*. Sinais Vitais, 40, 59-62.
- Monforte, M. F. M. & Mineiro, A. L. S. (2006). *As vivências da mulher durante a gravidez*. Nursing, 214, 17-23.
- Moreira, R. (2000). *Factores que influenciam a não presença do pai no momento do nascimento do filho*. Sinais Vitais, 33, 33-37.
- Motta, C. C. L. & Crepaldi, M. A. (2005). *O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente*. Paideia, 15 (30), 105-118.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). *Adaptação Parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto*. Análise Psicológica, 3 (XXV), 399-413.
- Nakano, A. M. S., Silva, L. M., Beleza, A, C, S., Stefanello, S.& Gomes, F. A. (2007). *O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante*. Acta Paulista de Enfermagem, 20 (2), 131, 137.
- Nascimento, M. J. (2003). *Preparar o nascimento*. Análise Psicológica, 1 (XXI), 47-51.
- Nassif, A. A. (2009). *O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Nogueira, J. R. D. F. (2011). *As implicações do envolvimento do pai na gravidez/parto na ligação emocional com o bebé*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Nogueira, J. R. D. F. & Ferreira, M. (2012). *O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé*. Referência: Revista de Enfermagem, III (8), 57-66.
- Nunes, S., Neves, C. & Araújo, M. A. (2009). *Satisfação do pai face aos cuidados do EESMO no bloco de partos do Hospital Garcia de Orta*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 10, 16-19.

- Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República n.º 35 - 2.ª série*, 8662-8666. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para enfermería psicodinamica*. Salvat Editores.
- Pereira, M. A. R. A. (2009). *O primeiro contacto pai-bebé: um olhar sobre as práticas de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20151>.
- Petzold, M. (1995). *Aprender a ser pai*. In Pedro-Gomes, J., *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (133-150). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S. & Tudge, J. (2004). *O envolvimento paterno durante a gestação*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.
- Pinto, C. M. S., Basile, A. L. O., Silva, S. F. & Hoga, L. A. K. (2003). *O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência*. *Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste*, 7 (1), 41-47.
- Ramos, C. (2000). *Os pais e o parto*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 2, 36-37.
- Ramos, M. H. M. & Cecílio, M. T. S. (1997). *A presença do pai na sala de partos*. *Nursing*, 110 (10), 33-34.
- Raphael-Leff, J. (1992). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Relvas, A. & Lourenço, M. (2001). *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica*. In Canavarro, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (106-131). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, A. (2005). *Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito do pai e da sua participação no nascimento do filho*. *Servir*, 53 (4), 190-194.
- Ribeiro, H. C. & Lopes, L. (2006). *O papel do pai na sala de partos*. *Nursing*, 206 (16), 25-27.

- Rizk, E. E., Nasser, M., Thomas, L. & Ezimokhai, M. (2001). *Women`s perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates*. Journal of Perinatal Medicine, 29, 298-307.
- Rodrigues, C. (2010). *Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 11, 6-9.
- Ross, J. M. (1979). *Fathering: a review of some psychoanalytic contributions on paternity*. International Journal of Psychoanalysis, 60, 317-327.
- Russell, G. & Radojevic, M. (1992). *The changing roles of fathers? Current understandings and future directions for reach and practice*. Infant Mental Health Journal, 13 (4), 296-311.
- Sanchez, M. A.; Ramos, G. & Marset, C. (2000). *Procedimientos en Educación para la Salud*. In Sánchez, M. A., Ramos, G. & Marset, C., *Enfermería Comunitaria 3: actuación en enfermería comunitaria– sistemas y programas de salud*. (169-181). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Santo, L. C. E. & Bonilha, A. L. L. (2000). *Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho*. Revista Gaúcha Enfermagem, 21 (2), 87-109.
- Soares, S. (2010). *Sexualidade do casal: Gravidez, Parto e Pós-parto. Que intervenções?* Braga: Corrente Dinâmica. Congresso vulnerabilidade na gravidez e no pós-parto. Disponível em: <URL: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>>.
- Storti, J. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Brasil.
- Szaniecki, E. (1996). *Papel do “Novo Pai” em Relação aos Seus Filhos: Realidade Científica ou Invenção Contemporânea?* Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência, 4 (2), 16-19.
- Taborda, A.& Ribeiro, S. (2007). *Emoções dos pais/acompanhantes no bloco de partos*. Cui d’arte, 1 (0), 43-46.
- Taborda, A., Pedro, L. & Gregório, V. (2010). *Expectativas e experiências de pais nos partos distócicos via vaginal*. Braga: Corrente Dinâmica. Congresso vulnerabilidade na gravidez e no pós-parto. Disponível em: <URL: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>>.

- Tomeleri, K. R., Pieri, F. M., Violin, M. R., Serafin, D. & Marcon, S. S. (2007). *Eu vi o meu filho nascer: vivência dos pais na sala de partos*. Revista Gaúcha Enfermagem, 28 (4), 497-504.
- Troy, N. W. (1993). *Early contact and maternal attachment among women using public health care facilities*. Applied Nursing Research, 6 (4), 161-166.
- Vehvilainen-Julkunen, K. & Liukkonen, A. (1998). *Fathers 'experience of childbirth*. Midwifery, 14, 10-17.
- Waldenström, U. (1999). *Effects of birth on fathers 'satisfaction with care, experience of the birth and adaptation to fatherhood*. Journal of reproductive and infant psychology, 17 (4), 357-368.
- Whaley, L. F. & Wong, D. L. (1989). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXO

ANEXO A - Autorização da Comissão de Ética do ULSAM para a realização da intervenção



COMISSÃO de ÉTICA

António
Viana do Castelo
19/08/2013

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido do parecer, para a realização de um trabalho de investigação, sendo a investigadora, **Luisa Frutuoso**, Enfermeira, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrical na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, no âmbito do relatório final do estágio de natureza Profissional e pretende conhecer "**As vivências do pai durante o trabalho de parto, enquanto acompanhante da parturiente, bem como o papel da intervenção do enfermeiro especialista**". A colheita de dados é realizada no bloco de partos.

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 08 de Julho de 2013

O Presidente da C. E.

António
(Dr. António Rodrigues)

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada da Santa Luzia - VIANA DO CASTELO - N.º P.C. 508 786 193 Capital Estatutária: 25 492 000,00 €
Endereço postal: Rua José Figueira, 125 - 4901 071 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 - Linha Azul: 208 829 888

APÊNDICES

APÊNDICE A

Consentimento informado

APÊNDICE A - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Senhor:

Sou enfermeira e estou a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional pretendo conhecer as vivências e participação do pai enquanto acompanhante da parturiente, durante o trabalho de parto.

Assim, pretendo obter o seu consentimento para a colaboração nesta colheita de dados e na gravação da entrevista, de forma a concretizar os meus objetivos para esta etapa de desenvolvimento.

Saliento que este trabalho se refere **apenas à sua participação durante o Trabalho de Parto**. Ao responder às perguntas, faça-o com a maior honestidade possível e o mais próximo da realidade.

A informação gravada é de caráter confidencial, pelo que será assegurado a sua privacidade e proteção de dados. Os resultados obtidos, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2013

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE B

Grelha de Observação das medidas de participação do pai
participante no apoio à parturiente e na interação com o
RN durante o TP

APÊNDICE B - Grelha de Observação das medidas de participação do pai participante no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP

Medidas de participação do pai no apoio à parturiente e na interação com o RN durante o TP		Participação			
		Sim		Não	Não se aplica
		Iniciativa	Incentivo		
1. Suporte Emocional	1.1 – Encorajou a parturiente através de reforços positivos verbais e não-verbais				
	1.2 – Segurou/deu a mão à parturiente				
	1.3 – Realizou toques de afeto/carinho à parturiente				
	1.4 – Pronunciou palavras de carinho				
	1.5 – Partilhou emoções e sentimentos com a parturiente				
	1.6 – Tranquilizou a parturiente ajudando-a a manter a calma				
	1.7 – Incentivou a parturiente a realizar manobras de respiração				
	1.8 – Implementou junto da puérperas medidas de apoio emocional em situações temporárias de afastamento do RN				
	1.9 – Celebrou com a parturiente o nascimento do RN				
2. Medidas de Conforto	2.1 – Realizou massagens para alívio da pressão na região lombar e sacrococcígea				
	2.2 – Ajudou a parturiente a alternar decúbitos				
	2.3 - Ajudou a parturiente a realizar as manobras de respiração para alívio da dor				
	2.4 – Aplicou pressão na região sacrococcígea				
	2.5 – Realizou massagens na região lombar				
	2.6 – Aplicou medidas de alívio da sudorese				
	2.7 – Preocupou-se por a temperatura ambiente estar adequada				
3. Companhia	4.1 – Permaneceu junto da parturiente				
	4.2 – Estabeleceu diálogo com a parturiente				
4. Auxiliar da parturiente	5.1 – Aproximou objetos				
	5.2 – Auxiliou a parturiente a acomodar-se na cama				
	5.3 - Ajudou a parturiente a adotar decúbitos que maximizem o fluxo uteroplacentário e renal				
	5.4 – Indicou à parturiente quando iniciar esforços expulsivos (quando não tem percepção das contrações)				
	5.5 – Supervisionou com a parturiente a realização de esforços expulsivos				
	5.6 – Corrigiu a parturiente relativamente à respiração e postura				
	5.7 – Ajudou a parturiente a posicionar-se corretamente e ao RN durante a amamentação				
5. Defesa da parturiente	6.1 – Levantou questões e/ou retirou dúvidas				
	6.2 – Serviu de intermediário entre a parturiente a equipa e vice-versa				
	6.3 – Atuou como advogado na defesa do bem-estar materno-fetal				
6. Interação com o RN	7.1 – Cortou o cordão umbilical do RN				
	7.2 – Registou o momento através de expressão verbal/não-verbal				
	7.3 – Comunicou a notícia de nascimento a familiares e/ou pessoas significativas				
	7.4 – Realizou toques de afeto/carinho ao RN				
	7.5 – Assistiu à monitorização do peso corporal do RN				
	7.6 – Identificou semelhanças físicas do RN				
	7.7 – Vestiu o RN				
	7.8 – Pegou no RN ao colo				

APÊNDICE C

Guião da Entrevista Semiestruturada

APÊNDICE C - Guião da Entrevista Semiestruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA

Objetivos:

- Conhecer as vivências do pai como acompanhante durante o TP relativamente ao apoio à parturiente, interação com o RN e intervenção do EESMO;
- Conhecer as intervenções do EESMO promotoras da participação do pai durante o TP;
- Verificar de que forma o pai participou como acompanhante durante o TP.

Parte I - Caracterização Sociodemográfica

1.1 - Idade: _____

1.2 - Habilitações Literárias: _____

1.3 - Estado Civil: _____

Parte II – Momentos de envolvimento do pai durante a gravidez

2.1 - Esteve presente nas consultas de vigilância Pré-natal? Sim ☐ Não ☐

2.2 - Assistiu às ecografias? Sim ☐ Não ☐

2.3 - Interagiu com o bebé imaginário, durante a gravidez? Sim ☐ Não ☐

2.4 - Frequentou o CPPP? Sim ☐ Não ☐

2.5 - Outras _____

Parte III

3.1 – Descreva a experiência enquanto acompanhante durante o TP relativamente ao:

- Apoio à parturiente;
- Interação com o RN;
- Intervenção do EESMO.

3.2 – Quais foram os momentos mais relevantes?

APÊNDICE D

Grelha de conhecimento do pai participante relativo
às medidas de apoio à parturiente e interação com o
RN durante o TP

APÊNDICE D - Grelha de conhecimento do pai participante relativo às medidas de apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP

Medidas no apoio à parturiente e interação com o RN durante o TP		Conhecimento		
		Sim		Não
		Saber fazer	Saber	
Suporte emocional	Reforços positivos verbais e não-verbais			
Medidas de conforto	Técnicas de relaxamento/alívio da dor			
	Effleurage			
Companhia à parturiente	Permanência 24h			
Auxiliar da parturiente	Decúbitos que maximizam o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal			
	Realização de esforços expulsivos			
	Técnica correta da amamentação			
Defesa da parturiente	Direito a perguntar/pedir esclarecimentos/retirar dúvidas			
Interação com RN	Corte cordão umbilical			
	Registo do momento através de expressão verbal/não-verbal			
	Colocação da fralda ao RN			
	Vestir RN			

(N) = Nove pais participantes

APÊNDICE E

Quadro Matriz de redução de dados

Quadro nº 7 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Vivência do pai como acompanhante durante o TP

ÁREA TEMÁTICA - VIVÊNCIA DO PAI COMO ACOMPANHANTE DURANTE O TP		
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Atividades de apoio à parturiente	Suporte emocional	<ul style="list-style-type: none"> “(…) Tinha que estar calmo, senão ela ia ficar mais nervosa” (P1). “Mas acho que vinha mentalizado e preparado para estar ali a ajudar. (...) A dar-lhe a mão e ela estava a precisar disso (...) então fui tentando fazer com que ela se aguentasse... conseguimos!” (P3). “Eu tentei fazer o meu melhor e estar sempre ao pé dela para estar mais animada (...)” (P8). “(…) O dar-lhe apoio isto, aquilo e aquele outro” (P9).
	Medidas de conforto	<ul style="list-style-type: none"> “Tentei colaborar, ajudar e... não pensei que fosse necessário! Pensei que era apenas estar presente para ver (...)” (P1) “Eu acho que fiz o que pude. Tentei ajudar em tudo, mais acho que não podia fazer!” (P8).
	Companhia	<ul style="list-style-type: none"> “(…) Eu estive sempre à beira dela (...)” (P6). “Eu senti que ela se sentiu acompanhada (...). O estar ali ao lado dela é sempre importante e, ela também sentiu isso ao estar sempre acompanhada. Foi bom para fortalecer esse momento” (P7).
	Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> “Fiquei feliz por poder ajudar (...) e ver a criança a sair. (...) Pensei que ia só assistir e que não ia cortar nada, que não ia ajudar (...). A ver se estava, se precisava de alguma coisa, sempre tudo.” (P6) “Mais não fiz, porque também não sabia e tinha medo de fazer mal” (P8).
	Defesa	<ul style="list-style-type: none"> “Acho bem o pai poder assistir, porque até a mãe se sente um bocadinho mais amparada... À partida são desconhecidos lá nê! E até me senti mais seguro, estando lá ao lado dela para saber tudo. (...)” (P7).
Atividades de interação com o RN		<ul style="list-style-type: none"> “(…) Com mais... vontade, mais carinho ao meu filho, mais... agora querer estar com ele” (P5). “(…) Eu já sentia desde do início, que era a minha filhinha. (...) Agora sinto-me diferente, senti-la nos braços...e sentir que ela quase que olha para mim” (P6). “Quando se é pai tem-se sempre esse vínculo forte! (...) Uma pessoa fecha os olhos e parece que aquele momento ainda está a acontecer (...). É claro que prende mais uma pessoa” (P7).
Experiência pessoal	Nervosismo/ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> “Alguma ansiedade, sim... mas estava calmo. (...) Que ela passou ali um mau bocado” (P3). “No início senti-me um bocadinho nervoso (...) tinha sempre aquele receio: “Isto é saúde!”, E que as coisas corram um bocadinho pior (...), mas à medida que o tempo foi passando já ia aceitando que as coisas já estavam a começar a andar e já não tinha aquele receio que tinha inicialmente” (P7).
	Preocupação/receio	<ul style="list-style-type: none"> “(…) A meio da noite, começou a preocupar-me o facto de não haver dilatação e pensar que ela ia ter cesariana.” (P3) “Também me assustei um bocadinho, naquela parte final, em que estava a puxar, mas já não tinha forças e depois os médicos olharam um para o outro como tipo: “Não, não pode ser!” E calçaram as luvas muito rápido, e eu hê pá: “O que se passa?”(...) Senti-me um bocadinho assustado” (P7). “Eu tinha colegas meus que diziam: “Não assistas, não assistas!” Por aquele medo que uma pessoa faça alguma asneira

		ou até desmaiar. (...) Ter a nossa esposa ali ao nosso lado e ter medo de como ia reagir quando visse a minha filha a nascer: “Se vou reagir bem?” (P9).
	Experiência positiva	<ul style="list-style-type: none"> • “É uma experiência muito grande!” (P1). • “Foi bom e acaba por ser gratificante, porque estamos a ver fruto do nosso trabalho, não é? Em conjunto” (P4). • “Foi uma experiência ótima e,... gostei! (...) As lágrimas vinham aos olhos com muita facilidade. Estive a tarde quase toda assim, depois já do parto. Ainda há pouco ao telefone não conseguia ter a conversa de princípio ao fim, sem chorar” (P5). • “Foi bom, é uma coisa única. (...) Fiquei sem palavras, fiquei feliz! Nunca tive um bebé” (P6). • “É uma coisa que nunca vou esquecer!” (P7). • “A experiência foi boa... é preciso coragem, mas com coragem faz-se” (P8). • “Foi maravilhosa! (...) Até posso dizer mais, que há bocado a falar com um amigo meu que está a pensar ser pai disse-lhe: “Quando fores assiste, porque é fabuloso”!” (P9).
	Indescritível	<ul style="list-style-type: none"> • “Foi muito bom, não se consegue descrever” (P1). • “É indescritível, são momentos únicos...” (P3).
	Prazer	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Mas acho que é mais o prazer. O disfrutar do momento, o prazer de ser pai (...) ” (P3).
	Realização pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Eu este vou assistir (...). Nem que seja mais difícil e depois tenha que sair, mas vou” (P2). • “Ser pai acaba por ser no fundo uma realização. Toda a gente está à espera de esse momento” (P3). • “(...) Não esperava um papel tão ativo, por acaso não” (P7). • “Eu sou mesmo muito nervoso e às vezes uma pessoa assim nervosa não consegue controlar os sentimentos... começa a tremer por todos os lados... Eu admirei-me super, mas super comigo e não ter começado a chorar... sei lá ter-me conseguido controlar!” (P9).

Quadro nº 8 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Momentos mais relevantes para o pai

MOMENTOS MAIS RELEVANTES PARA O PAI		
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Nascimento		<ul style="list-style-type: none"> • “É quando a cabeça da criança está a sair, já vem...” (P2). • “Foi quando a cabecinha começou a sair fora (...) eu via!” (P3). • “Foi o momento em que a bebé saiu, não é?” (P7). • “Foi quando ele saiu. Quando o vi a sair” (P8). • “Aquele momento sem qualquer dúvida, é quando você diz que está a nascer a bebé e eu estiquei-me mais um bocado e vejo a cabecinha a sair” (P9).
Corte do cordão umbilical		<ul style="list-style-type: none"> • “Foi (...) cortar o cordão umbilical” (P6).
Vestir o RN		<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Para outras pessoas até pode ser muito normal, mas para mim não é! Que foi poder vestir aquele bocadinho” (P9).
Ajuda da parturiente		<ul style="list-style-type: none"> • “Foi ajudá-la (...)” (P6).
Período doloroso da parturiente		<ul style="list-style-type: none"> • “Antes da hora do parto, naquelas picadas, quando se sentia cansada, com as contrações, aí foi a hora que mais me marcou (...) quando se via que estava a sofrer” (P5).
Nenhum momento em concreto		<ul style="list-style-type: none"> • “Não sei... foram muitas horas e muito tempo... mas tudo é bom” (P1).

Quadro nº 9 – Quadro Matriz de redução de dados da área temática Percepção do pai sobre as práticas do EESMO

PERCEÇÃO DO PAI SOBRE AS PRÁTICAS DO EESMO		
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Técnico-científicas	Informação	<ul style="list-style-type: none"> • “Senti-me esclarecido e mesmo que não me sentisse, estava confiante que se perguntasse qualquer coisa, vocês me responderiam sem problemas. Como aconteceu, não é?” (P4).
	Profissionalismo	<ul style="list-style-type: none"> • “Até já tinha falado com algumas pessoas, tive um colega que era cá enfermeiro e disse-me que não havia necessidade de ir para uma clínica privada (...) no momento do que se fala é que é das melhores (equipa de obstetrícia), das mais recomendadas” (P1). • “Normalmente, num hospital é para fazer... é para fazer o que é de cada um, mas, aqui é diferente!” (P5). • “Que continuem assim, fizeram um bom trabalho... Que estive a gente suficiente para ajudar. (...) Correu tudo bem e se corre tudo bem, basta uma pessoa, duas pessoas ou três... para ajudar” (P6). • “Vocês foram muito bons todos e eu gostei. Acho que melhor não podia ser” (P8). • “Acho que vocês como profissionais são espetaculares” (P9).
Sociorelacionais	Paixão	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Porque faz aquilo com paixão... faz aquilo com um prazer enorme!” (P3). • “É a forma e com o carinho que vocês trabalharam (...)” (P5).
	Presença	<ul style="list-style-type: none"> • “Às vezes, quando a mulher está com aquelas dores, a presença (EESMO) nê... o estar ali mais próximo ajuda a tranquilizá-la (...)” (P3). • “Vocês estavam presentes. Da nossa parte, não há motivo nenhum para dizer o contrário. Todas as horas vocês estavam ali. Todos os 10 minutos, todos os cinco... parecia que não saia nenhuma dali” (P5).
	Disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) De 0 a 20, dou-vos 20” (P5). • “(...) Acho que rodamos por 3 equipas (...) e toda a gente foi super atenciosa, impecável, tudo! (...) Uma pessoa estava sempre com pena daquela equipa que saia, porque já estávamos habituados...e lá vinha outra equipa – “Que seca! “Não sabíamos como ia ser!”. (P7). • “(...) Deviam ser premiados pelo trabalho que fazem. Fazem um trabalho muito bom e eu gostei. Acho que deviam dar mais valor às pessoas que fazem isto. (...) Não tenho nada a apontar... nada, zero. Só tenho a dizer a favor” (P8). • “Do que eu ouço falar, às vezes, dos outros hospitais, acho que vocês são muito atenciosos. Estão sempre em cima das pessoas a ver como está e não está, se é preciso alguma coisa! (...) Não tenho nada a apontar (...) Fazer mais do que vocês fizeram, ninguém faz, acho impossível...muito sinceramente! Pelo que uma pessoa ouve de amigos e família vocês merecem....Seis estrelas!” (P9).
	Simpatia	<ul style="list-style-type: none"> • “Vocês são muito simpáticos, principalmente você, gostei muito da simpatia e do seu trabalho.” (P8)
	Incentivo/apoio	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) E dar aqueles feedbacks: “Tenha calma que está tudo a correr bem!”, “Acho que sim, que é muito importante” (P3). • “Aquele parte: “Só mais um bocadinho, está quase.” Esse bocadinho é que dá... muita força à mãe para puxar” (P5). • “(...) Quando vocês disseram que ela precisava de ajuda, que eu ajudava (...) porque nunca tinha feito isso, nem sequer sabia como é que havia de ajudar...” (P6). • “As coisas que vocês me foram pedir eu não era capaz de fazer, eu não sei! Mas com ajuda... Por isso, eu disse: “Se vocês me ajudarem, eu vou tentar”!” (P8).